

Марат Оспанов атындағы БҚМУ КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЯСЫ

IX том 2019



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

ҚР Ақпарат және коммуникациялар
министрлігіне 18.04.2019 ж. тіркеліп,
№17669-Ж куәлігі берілген.

Бас редактор: М.К. Телеуов
Бас редактордың орынбасары:
Г.А. Смағұлова
Жауапты шығарушы редактор:
Г.С. Дильмагамбетова
Техникалық редактор: С.Д. Оразов
Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева
А.М. Бекниязова
А.С. Каримсакова

Редакция және баспахана мекенжайы:
030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к., 68,
морфологиялық корпус, 116-каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Шыққан күні: 16.05.2019
Таралымы 500 дана.
Тапсырыс № 002491

Редакциялық-баспа орталығында басылып
түптелді

РЕДАКЦИЯЛЫҚ ҰЖЫМ

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котловский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС

С.К. Ақшолақов (Астана)
Ж.А. Арзықұлов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Орынбор)
В.В. Власов (Мәскеу)
Ж.А. Досқалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Караганда)
Р.С. Күзденбаева (Алматы)
Г. Маккиарелли (Италия)
С.А. Нотолла (Италия)
А.Г. Румянцев (Мәскеу)
Қ.Қ. Сабыр (Ақтөбе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Ақтөбе)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ЖАРИЯЛАНЫМҒА ЖАУАПТЫЛАР

Л.М. Жамалиева
Р.К. Назарбаева
Г.В. Векленко
А.Р. Кашкинбаева
Ю.А. Замэ
Д.Г. Жаманкулова
З.Ж. Танбетова

СЕРИЯ КОНФЕРЕНЦИЙ ЗКМУ имени Марата Оспанова

IX том 2019



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

Свидетельство о постановке на учет
№17669-Ж от 18.04.2019 г. выдано
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казахстан.

Главный редактор: М.К. Телеуов
Заместитель редактора: Г.А. Смагулова
Ответственный выпускающий редактор:
Г.С. Дильмагамбетова
Технический редактор: С.Д. Оразов
Корректоры: С.У. Тогызбаева
А.М. Бекниязова
А.С. Каримсакова

Почтовый адрес редакции и типографии:
030019, г. Актобе,
ул. Маресьева, 68,
морфологический корпус, 116 каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Дата выпуска: 16.05.2019
Тираж 500 экз.
Заказ № 002491

Отпечатано в Редакционно-издательском
центре

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котловский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.К. Акшолоков (Астана)
Ж.А. Арзыкулов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Оренбург)
В.В. Власов (Москва)
Ж.А. Доскалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Караганда)
Р.С. Кузденбаева (Алматы)
Г. Маккиарелли (Италия)
С.А. Нотолла (Италия)
А.Г. Румянцев (Москва)
К.К. Сабыр (Актобе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Актобе)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК

Л.М. Жамалиева
Р.К. Назарбаева
Г.В. Векленко
А.Р. Кашкинбаева
Ю.А. Замэ
Д.Г. Жаманкулова
З.Ж. Танбетова

**"БМСК МЕН ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ
ДАМУЫНА СТУДЕНТТЕРДІҢ ҮЛЕСІ"
Халықаралық Отбасылық Дәрігер күніне арналған
II СТУДЕНТТЕР ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯСЫ
(23-24 мамыр, 2019 ж.)**

**II СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ ВСЕМИРНОМУ ДНЮ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
"ВКЛАД СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ ПМСП И
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ"
(23-24 мая 2019 г.)**

УДК 616.127-005.8

МРНТИ 76.29.30

М.Н. АБДЕШЕВА, А. КАЗИЕВ, Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Р.Т. АГЗАМОВА, Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q И БЕЗ ЗУБЦА Q

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

Научный руководитель: Д.Г. Жаманкулова

Размер поражения сердечной мышцы имеет прогностическое значение для пациентов после острого инфаркта миокарда (ИМ).

Целью исследования было изучение различий между Q- и не-Q-ИМ по клиническим показателям. 590 пациента (232 с Q-ИМ и 358 с не-Q-ИМ), находившихся на лечении в кардиологическом отделении Медицинского центра ЗКМУ имени М.Оспанова, были изучены на наличие факторов риска (возраст, пол, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, липидный обмен и уровень креатинина) и состояние коронарных сосудов. В группе с не-Q-ИМ критический стеноз ствола встречался в 6,5 раза чаще (ОШ=6,77 (95% 0,86-53,3)).

Ключевые слова: инфаркт миокарда, Q-волновой инфаркт миокарда, не-Q-инфаркт миокарда, коронарные артерии, факторы риска, сопутствующие заболевания.

Введение

До сих пор инфаркт миокарда (ИМ) остается актуальной проблемой клинической медицины и здравоохранения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно от болезней системы кровообращения, в том числе от инфаркта миокарда, в мире умирают более 17,7 млн. человек (ВОЗ, 2017г.). Стандартизированный показатель смертности от инфаркта миокарда в России составляет 34,24 на 100 тыс. населения [1]. В Актыбинской области (Казахстан) этот показатель составил 32,2 на 100 тыс. населения [2].

Инфаркт миокарда без зубца Q не настолько обширен и не столь часто вызывает смерть в больнице, по сравнению с инфарктами миокарда с зубцом Q, хотя именно этот вид чаще вызывает нестабильность миокарда, что ведет к повышению частоты повторных инфарктов и постинфарктной стенокардии. Размер инфаркта левого желудочка является фактором неблагоприятных клинических исходов. Прогноз у пациентов после острого инфаркта миокарда зависит, в значительной степени, от размеров инфаркта, от функционирования левого желудочка и от наличия, либо отсутствия желудочковых аритмий [3]. Лечение острых коронарных синдромов начинается с правильного определения риска и с отнесения больного к группе высокого или группе низкого риска. Современная тактика лечения пациентов в острый и последующие периоды не зависит от морфологии зубца Q. В статье изучается отличие пациентов с Q-волновым и не Q-волновым инфарктом миокарда по доступным для измерения клиническим и лабораторно-инструментальным параметрам.

Цель исследования

Целью данного исследования является сравнение клинического профиля пациентов с острым инфарктом миокарда с зубцом Q и без зубца Q в популяции города Актобе.

Методы исследования

Материалом настоящего исследования является ретроспективный анализ 590 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении МЦ НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова в период с 2017 по 2018 гг. Изучались такие показатели как возраст, пол, сопутствующие заболевания и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), такие как артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД), курение, также индекс массы тела (ИМТ), показатели биохимического анализа (креатинин, общий холестерин (ОХС)), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), глюкоза, триглицериды (ТГ), состояние коронарных сосудов по данным коронароангиографии (КАГ). В 1-ую группу вошли пациенты с острым инфарктом миокарда с зубцом Q (Q-ИМ), во 2-ую группу – с острым инфарктом миокарда без зубца Q (не-Q-ИМ). При определении пороговых значений клинических и лабораторных показателей использовали классификации и рекомендации Европейских обществ кардиологов и артериальной гипертонии 2018 г.

Статистическая обработка данных проведена в Statistica 10. Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, средними значениями, стандартными отклонениями (СО), медианами (Me), интерквартильными размахами (IQR) для непрерывных переменных. Для долей рассчитывали 95% доверительный интервал (ДИ). Статистические сравнения выполнены с помощью теста хи-квадрат для категориальных переменных, тестом Стьюдента или Манна-Уитни для непрерывных данных. Рассчитывали отношение шансов (ОШ). Значение P меньше 0,05 считали значимым.

Результаты исследования и обсуждения

Количество пациентов в первой группе (Q-ИМ) составило 232 человек, во второй (не-Q-ИМ) – 358. Средний возраст пациентов в группе QИМ составил 61,4±12,0 лет, в группе не-Q-ИМ – 63,2±10,9 лет (p=0,07). Доля мужчин в обеих группах не различалась: 182 (78,4%) (73-84) и 259 (72,3%) (68-77), в первой и второй группах, соответственно. ИМТ в первой группе был в пределах от 17,7 до 45,8 кг/м², Ме 26,04, IQR 24,2-30,8, во второй группе – от 16,0 до 66,0 кг/м², Ме 27,4, IQR 24,5-30,5. Курящих пациентов в первой группе было 38,9% (95% ДИ 33-45), во второй группе – 38,3% (95% ДИ 33-43).

Доля пациентов с сопутствующим сахарным диабетом в первой группе составила 43 пациента (15,2%) (95% ДИ 10-20), во второй – 82 пациента (19,7%) (95% ДИ 14-25). Ме и IQR глюкозы крови в первой группе составили 6,7 ммоль/л (5,5-8,4), во второй – 6,5 ммоль/л (5,5-8,25).

Показатели липидного обмена в сравниваемых группах статистически значимо не различались. Уровень общего холестерина в 1-ой группе составил 5,0 ммоль/л (4,45-5,98) и 5,2 ммоль/л во 2-ой группе (4,37-6,04), ХС-ЛПВП – 1,03 ммоль/л (0,86-1,24) и 1,05 ммоль/л (0,86-1,28), ХС-ЛПНП – 2,99 ммоль/л (2,21-3,78) и 2,88 ммоль/л (1,95-3,77), для первой и второй групп соответственно.

Среднее содержание креатинина крови в группе Q-инфарктом миокарда было 78,2 мкмоль/л (68,5-98),

в группе не-Q-инфарктом миокарда – 80,3 мкмоль/л (68-99,3).

Артериальная гипертензия отсутствовала у 42 пациентов с Q-инфарктом миокарда (18,1%, 95% ДИ 13-23) и у 56 пациентов с не-Q-инфарктом миокарда (15,6%, 95% ДИ 12-19). В группе Q-инфарктом миокарда первая степень артериальной гипертензии встречалась у 7,3% пациентов (95% ДИ 4-11), вторая степень артериальной гипертензии – у 13,8% (95% ДИ 9-18), третья степень артериальной гипертензии – у 60,8% (95% ДИ 54-67). В группе не-Q-инфарктом миокарда артериальная гипертензия I степени встречалась у 10,3% (95% ДИ 7-13), артериальная гипертензия II степени – у 12% (95% ДИ 9-15), артериальная гипертензия III степени – у 62% (95% ДИ 57-67).

В анамнезе у пациентов с не-Q-инфарктом миокарда чаще имелся предшествующий инфаркт миокарда по сравнению с пациентами с Q-инфарктом миокарда: (12,2% (95% ДИ 9-16%) и 7,3% (95% ДИ 4-11%, соответственно).

Сводные данные по демографическим, клиническим и лабораторно-инструментальным данным больных ИМ обеих групп представлены в таблице.

Таким образом, в нашем исследовании выявлено статистически значимое повышение уровня биохимического маркера повреждения миокарда (высокочувствительного тропонина) в группе пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q, по

Таблица. Клинические характеристики и факторы риска ССЗ у пациентов с Q-ИМ и не-Q-ИМ

| Переменные | Q-ИМ, абс. (%) (n=232) | 95% ДИ | Не-Q-ИМ, абс. (%) (n=358) | 95% ДИ |
|---|---------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| | 232 (39,32%) | 35-43 | 358 (60,68%) | 57-65 |
| Возраст, лет среднее ± СО | 61,4±12,0 | | 63,2±10,9 | |
| > 55 лет у мужчин | 114 (49,14%) | 43-52 | 199 (55,58%) | 55-61 |
| > 65 лет у женщин | 37(15,95%) | 11-21 | 73(20,39%) | 16-24 |
| Пол мужчины | 182 (78,4%) | 73-84 | 259 (72,3%) | 68-77 |
| женщины | 50(21,55%) | 16-27 | 99(27,65%) | 23-32 |
| Сахарный диабет | 43 (18,53%) | 14-24 | 82 (22,90%) | 19-27 |
| Курение | 88 (37,9%) | 32-44 | 135 (37,7%) | 33-43 |
| АГ нет | 42 (18,1%) | 13-23 | 56(15,6%) | 12-19 |
| 1 степени | 17 (7,3%) | 4-11 | 37 (10,3%) | 7-13 |
| 2 степени | 32 (13,8%) | 9-18 | 43 (12%) | 9-15 |
| 3 степени | 141 (60,8%) | 54-67 | 222 (62%) | 57-67 |
| Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ>25 кг/м ²) | 119 (67,23%) | 60-74 | 221 (70,16%) | 65-75 |
| Инсульт в анамнезе | 8 (3,4%) | 1-6 | 18 (5,02%) | 3-7 |
| ОХС > 5 ммоль/л | 120 (51,7%) | 45-58 | 212 (59,2%) | 54-64 |
| ХС-ЛПНП > 3 ммоль/л | 109 (46,9%) | 41-53 | 154 (43%) | 38-48 |
| Поражение >2 сосудов по данным КАГ | 181 (85%) | 80-90 | 277 (84,2%) | 80-88 |
| Стеноз >85% по данным КАГ | | | | |
| ЛКА ствол | 1 (0,44%) | 0,42-1,31 | 10 (2,9%) | 0,91-1,14 |
| ПМЖВ | 108 (50%) | 43-57 | 156 (52%) | 46-58 |
| ОВ | 48 (22%) | 16-27 | 109 (33,1%) | 28-38 |
| ПКА | 93 (42,5%) | 36-49 | 110 (33,6%) | 28-39 |

сравнению с пациентами с инфарктом миокарда без зубца Q ($p=0,00$), критический стеноз левой коронарной артерии ($p=0,00$), огибающей ветви ($p=0,00$) наиболее часто наблюдался у пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q, по сравнению с пациентами с инфарктом миокарда с зубцом Q (2,9% против 0,4%). Критический стеноз левой коронарной артерии встречался в 6,5 раза чаще у пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q по сравнению с пациентами с инфарктом миокарда с зубцом Q (отношения шансов=6,77 (95% 0,86-53,3)).

В нашем аналогичном исследовании, которое проводилось на базе кардиологического отделения Актюбинского медицинского центра, инфаркт миокарда с зубцом Q и инфаркт миокарда без зубца Q развивались с одинаковой частотой; среди пациентов с Q не образующимся инфарктом миокарда чаще встречались пациенты с тяжелой артериальной гипертензией и предшествующим инфарктом миокарда в анамнезе. Мы предполагаем, возможно, это могло бы быть связано с малым объемом выборки пациентов.

Тот факт, что в предыдущей работе такие факторы риска как тяжелая артериальная гипертензия и сердечно-сосудистое событие в анамнезе, которые имелись чаще в группе пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q. Объяснено тем, что пациенты с тяжелой артериальной гипертензией и перенесенным инфарктом миокарда лучше информированы о заболевании и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и чаще принимают достаточные дозы антигипертензивных лекарственных средств, которые оказали протективное действие и уменьшили зону ишемии и некроза миокарда.

Выводы

Таким образом, в нашем исследовании выявлено статистически значимое повышение уровня биохимического маркера повреждения миокарда (высокочувствительного тропонина) в группе пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q по сравнению с пациентами с инфарктом миокарда без зубца Q ($p=0,00$). Критический стеноз левой коронарной артерии огибающей ветви наиболее часто наблюдался у пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q, по сравнению с пациентами с инфарктом миокарда с зубцом Q (2,9% против 0,4%). По-видимому, клинические характеристики с течением времени меняются, но для подтверждения необходимы более длительные и проспективные наблюдения.

Список литературы:

1. Самородская ИВ, Барбараш ОЛ, Кашталап ВВ, Старинская МА. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в российской федерации в 2006 и 2015 годах. Российский кардиологический журнал 2017;11:22–26
2. Кыдырбаев АМ, Игисинов НС, Жолдин Б, Талипова ИЖ, Курманалина ГЛ. Эпидемиологические особенности смертности от острого инфаркта миокарда в Актюбинской области Казахстана. Medicine (Almaty) 2016;8:170. http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2016/2016-08/M_08-16_40-44.pdf
3. Kochav JD, Okin PM, Wilson S, Afroz A, Renilla A, Weinsaft JW. Usefulness of Q-wave area for threshold-based stratification of global left ventricular myocardial infarct size. The American Journal of Cardiology 2013;112(2):174–80

ТҮЙІН

М.Н. АБДЕШЕВА, А. КАЗИЕВ,
Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Р.Т. АГЗАМОВА,
Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА

ТІСШЕЛІ Q ЖӘНЕ ТІСШЕСІЗ Q МИОКАРД ИНФАРКТІСІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МӘНДІ АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Жүрек бұлшықетінің зақымдану мөлшері миокард инфарктісінен (ИМ) кейін пациенттер үшін болжамды мәнге ие.

Зерттеудің мақсаты клиникалық көрсеткіштер бойынша Q тісшелі және Q тісшесіз миокард инфарктісі арасындағы айырмашылықтарды зерттеу болды. М. Оспанова атындағы БҚМУ медициналық орталығының кардиологиялық бөлімшесінде 590 емделушіде (232 Q-ИМ және 358 с Q тісшесіз -ИМ) қауіп факторларының бар болуына (жасы, жынысы,

SUMMARY

M.N. ABDESHEVA, A. KAZIYEV,
G.L. KURMANALINA, R.T. AGZAMOVA,
D.G. ZHAMANKULOVA

CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH Q- AND NON-Q WAVE MYOCARDIAL INFARCTION

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The purpose of the article is to study the differences between Q and non-Q myocardial infarction according to the clinical indicators. 590 patients (232 with Q-MI and 358 non-Q-MI) who were treated at the cardiology department of the Aktobe Medical Center were examined for risk factors existence (age, gender, arterial hypertension, smoking, diabetes, lipid metabolism and creatinine) and the coronary vessels state. Patients with non-Q-MI wave compared with Q-MI wave patients have critical stenosis of the left coronary artery more often, $p=0,00$ (2.9% vs. 0.44%), the envelope of the branch (33.1% vs. 22%). Crit-

артериялық гипертензия, темекі шегу, қант диабеті, липид алмасуы және креатинин деңгейі) және коронарлық тамырлардың жағдайы зерттелді. Q тісшелі миокард инфарктісі бар пациенттермен салыстырғанда Q тісі жоқ емделушілерде сол коронарлық артерия стенозы 6,5 есе жиі кездесті = 6,77(95% 0,86-53,3).

Негізгі сөздер: миокард инфаркті (МИ), Q-толқынды МИ, Q-емес МИ, коронарлы артериялар, қауіп факторлары, қосалқы аурулар.

ical stenosis of the trunk was 6.5 times more common in patients with Q-MI wave compared with Q-MI patients. (OR=1,56(95% 1,02-2,07).

Keywords: myocardial infarction (MI), Q-wave MI, non-Q MI, coronary artery, risk factors, concomitant diseases.

УДК 616-089.5-031.84:618.2

МРНТИ 76.29.48, 76.29.44

М.А. АЙТЖАНОВА, Д.К. БЕЙСЕНБИЕВА, Н.Т. ЖЕКСЕНБИ, У.А. УТЕБАЕВА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан
Научный руководитель: Д.А. Дейнега

Цель исследования. Оценить продолжительность местного обезболивания во время удаления зубов у беременных женщин.

Методы. В данной работе исследовались 40 беременных женщин, где в основной группе (20%) местная анестезия проводилась 3% раствором мепивакаина, так как наблюдалась индивидуальная непереносимость 4% раствора артикаина и бисульфата натрия, а в контрольной группе (20%) использовали 4% раствор артикаина, к которому не имели индивидуальной непереносимости. Дискомфорт инъекций регистрировался пациентами после каждой обработки на стандартных визуальных аналоговых шкалах 100 мм (VAS). После всех инъекций онемение мягких и твердых тканей субъективно измерялось зондом с интервалом 15 с.

Результаты. Исследование показало, что у пациентов в контрольной группе было зарегистрировано раннее онемение слизистой оболочки десны и удаляемого зуба, чем в основной группе. Эти различия были статистически значимыми ($p < 0,05$). Данный результат является хорошим доказательством того, что физиологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, не оказывают сильного влияния на анестезирующую способность 4% раствора артикаина и 3% раствора мепивакаина. Дискомфорт инфильтрационной анестезии 3% раствора мепивакаина меньше 4% раствора артикаина, но его анестезирующие способности уступают 4% раствору артикаина, однако экстракции зубов были проведены успешно.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что местная анестезия с 4% раствором артикаина имеет более быстрое начало действия, более раннее онемение слизистой оболочки десны и онемение зубов у беременных женщин при удалении зубов.

Ключевые слова: беременные, локальная анестезия, мепивакаин, артикаин, удаление зубов.

Введение

Значение санации полости рта в период беременности бесспорно и крайне важно, а устранение очагов хронической одонтогенной инфекции не только улучшает стоматологический статус беременной женщины, но и уменьшает риск инфицирования плода, развития родовых и послеродовых осложнений [1]. Многие авторы отмечают высокую распространенность и активный прирост стоматологических заболеваний среди беременных [2-5], а также обострение ранее имевшихся хронических инфекций как общесоматических, так и в полости рта [6]. Отмечено, что при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%, а заболевания пародонта встречаются в 90% случаев, при этом острое течение

процесса с поражением ранее интактных зубов отмечено в 38% случаев [7, 8].

Необходимость в неотложной стоматологической помощи может возникнуть у женщины на любом сроке беременности, в том числе и в самый ранний период, когда проходят наиболее значимые этапы закладки жизненно важных органов и систем у плода [9-11].

Было отмечено, что наиболее благоприятным периодом для проведения планового стоматологического лечения являются II и начало III триместра беременности, т.е. с 13 по 30 неделю гестации, когда уже завершен органогенез плода, сформирована плацента, функционирует фетоплацентарное кровообращение, улучшены показатели иммунологического статуса матери [12, 13].

Само стоматологическое вмешательство представляет собой сильный стрессовый фактор, что в большинстве случаев связано с негативным опытом проведенных ранее лечебных манипуляций [14].

Вышеперечисленные изменения, а также наличие развивающегося плода создают специфические условия для оказания стоматологической помощи и применения лекарственных препаратов у данной категории больных.

Артикаин – один из наиболее высокоэффективных современных местных анестетиков, обладает незначительным вазодилатирующим эффектом, поэтому используется с адреналином в разведениях 1:100 000 и 1:200 000. Важным его качеством является короткий (около 20 минут) период полувыведения [15] и высокий процент его связывания с белками плазмы (до 90-95%), то есть этот препарат с наименьшей вероятностью может оказать токсический эффект при случайном внутрисосудистом введении. Кроме того, для артикаина характерна максимальная диффузионная способность в мягких тканях и костях и, соответственно, скорейшее наступление анестезии после инъекции. Благодаря этим особенностям, Артикаин получил наибольшее распространение на рынке карпулированных препаратов для стоматологии, и является в настоящее время анестетиком выбора для большинства терапевтических, хирургических и ортопедических вмешательств.

Однако артикаин имеет следующие противопоказания: индивидуальная непереносимость, декомпенсированная сердечная недостаточность, глаукома, бронхиальная астма, синдром Адамса-Стокса, тахикардия, сахарный диабет, повышенная чувствительность к сульфитам, применение неселективных бета-блокаторов и антидепрессантов. В этих случаях рекомендуется применять местные анестетики на основе мепивакаина.

Особенностью мепивакаина является его минимальное вазодилатирующее действие [16], а по данным В. Vomkessel [17], препарат даже имеет сосудосуживающее действие. Поэтому возможно использование 3% раствора без вазоконстриктора, что делает его препаратом выбора при тяжелых формах сердечно-сосудистых заболеваний, тиреотоксикозе, сахарном диабете, глаукоме, то есть в тех случаях, когда имеются противопоказания к применению вазоконстриктора. Длительность анестезии при этом достигает 20-40 минут, достаточных для небольших объемов вмешательств.

Цель исследования

Оценить время наступления чувства первого онемения у соответствующих мягких тканей и удаляемого зуба, а также дискомфорт введения инъекций 3% раствора мепивакаина, и 4% раствором артикаина при достижении анестезии верхнечелюстных зубов у беременных женщин.

Методы

40 женщин в возрасте от 18 до 38 лет были обследованы на базе стоматологической клиники Западно-Казахстанского медицинского университета

имени Марата Оспанова. В рамках тендера на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи беременным женщинам (2016-2019 гг.), который получила Стоматологическая поликлиника ЗКМУ имени М. Оспанова от Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Пациенты, которые выполнили следующие критерии, имели право на включение в исследование:

1. В основной группе беременные женщины от 18 до 38 лет во втором триместре беременности (14-26 неделя), у которых в анамнезе наблюдали индивидуальную непереносимость 4% раствора артикаина или бисульфата натрия, относящиеся к группе незначительной степени риска стоматологического вмешательства.

2. В контрольной группе беременные женщины в возрасте от 18 до 38 лет во втором триместре беременности (14-26 неделя), относящиеся к группе незначительной степени риска стоматологического вмешательства.

3. Согласие пациента на сотрудничество и удовлетворение требований протокола исследования.

Дискомфорт инъекций регистрировался пациентами после каждой обработки на стандартных визуальных аналоговых шкалах 100 мм (VAS), помеченных на концах «без боли» (0 мм) и «невыносимой боли» (100 мм).

После всех инъекций мягкое и твердое онемение тканей субъективно измерялось зондом с интервалом 15 с. Если анестезированный зуб был еще положительно сенсibilизирован, через 10 мин после инъекции местной анестезии вводился второй картридж с анестетиком.

Были использованы карпульные шприцы со стандартными стоматологическими картриджами, оснащенные 27G иглами диаметром 0.4 мм (СК Ject [27 калибр] 0,4 мм × 21 мм, Корея).

Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики с использованием пакета программ Microsoft Office Excell 2007. Различия между группами считались статистически значимыми при значениях $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

В исследование было включено 40 пациентов. В основной (Мепивакаин) и контрольной (Артикаин) группах была произведена экстракция зубов в течение выделенного времени исследования 10 мин. В основной группе было четыре пациента и только одному пациенту в контрольной группе потребовалась дополнительная местная анестезия для проведения стоматологической экстракции, так как была анестезирующая недостаточность.

Среднее время наступления чувства первого онемения на щечной, небной слизистой оболочке десны и зуба у пациентов в основной (Мепивакаин) группе составляло 1,74, 0,90 и 3,37 мин (SD 2,14, 0,96 и 3,05).

Среднее время наступления чувства первого онемения на щечной, небной слизистой оболочке десны

и зуба у пациентов в контрольной (Артикаин) группе составляло 1,05, 0,52 и 1,96 мин (SD 1,68, 0,20 и 1,93).

Среднее время наступления чувства первого онемения на щечной, небной слизистой оболочке десны и зуба у всех пациентов, которые участвовали в исследовании, составляло 1,40, 0,71 и 2,66 мин (стандартное отклонение [SD] 1,97, 0,72 и 2,64).

Мы наблюдаем значительные различия в показателях первого онемения на небной стороне слизистой оболочки десны и зуба у пациентов (табл. 1).

В свете этого результата у пациентов в контрольной (Артикаин) группе была зарегистрирована раннее онемение небной слизистой оболочки и онемение зубов, чем в основной (Мепивакаин) группе (класт. гистограмма 1).

Среднее время наступления первого онемения на щечной, небной слизистой оболочки десны и зуба у пациентов в основной и контрольной группе.

Дискомфорт инъекций регистрировался пациентами после каждой обработки стандартным 100 мм визуально-аналоговой шкалой, помеченной на концах «без боли» (0 мм) и «невыносимой болью» (100 мм). Средняя оценка боли для инфильтрационной и небной ане-

стезии и составило соответственно 43,7 и 48,3 мм (SD 21 и 20). Инфильтрационная анестезия артикаина была значительно более болезненной, чем инфильтрационная анестезия мепивакаином (t- тест: $P < 0,001$, табл. 2).

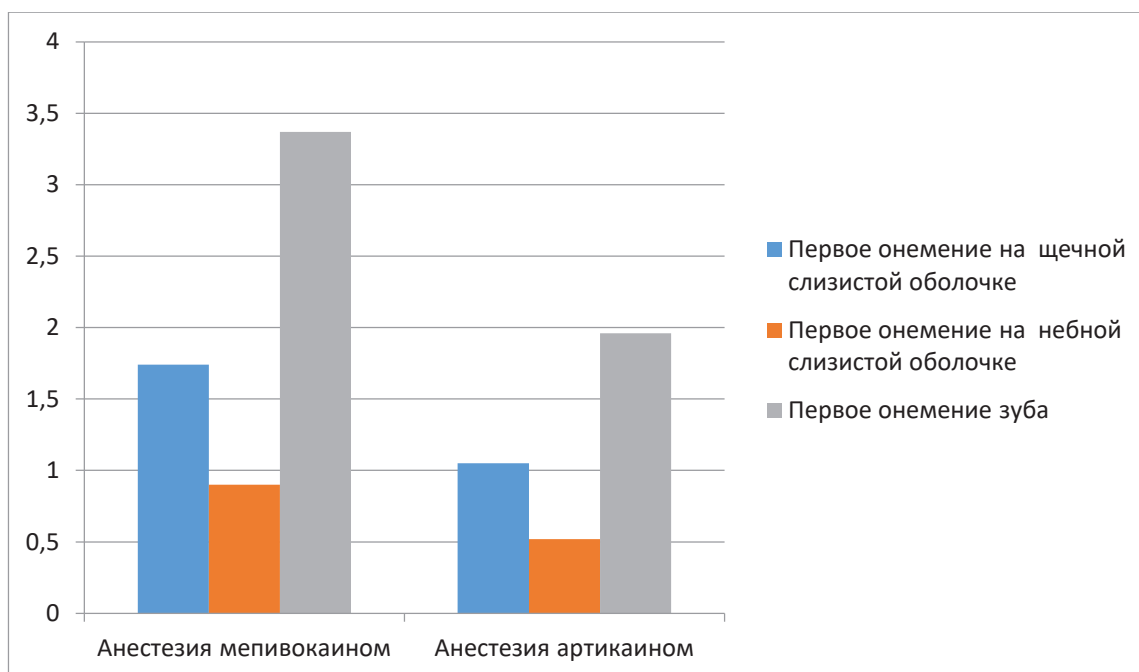
В основной (Мепивакаин) и контрольной (Артикаин) группах были сделаны измерения в балльной шкале для оценки боли инъекций от инфильтрационной и небной анестезии парного образца t-теста. Мы наблюдаем значительную разницу в основной (Мепивакаин) группе при сравнении баллов инфильтрационной анестезии с баллами небной анестезии ($p < 0,001$, таблица 3). Инфильтрационная анестезия мепивакаином была значительно более удобной, чем небная инъекция. Небная анестезия артикаином была менее болезненной, чем небная анестезия мепивакаином.

Обсуждение результатов

Исследование показало, что у пациентов в контрольной (Артикаин) группе было зарегистрировано раннее онемение слизистой оболочки десны и удаляемого зуба, чем в основной группе (Мепивакаин). Эти различия были статистически значимыми ($p < 0,05$). Этот результат является хорошим доказательством того, что использование артикаина

Таблица 1. Сравнение между средним временем первого онемения на щечной, небной слизистой оболочках десны и зуба у пациентов в основной и контрольной группах

| Начало онемения | Группы | Число пациентов | Значение (среднее отклонение) | t- test (df=88) | P |
|--|------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|------|
| Первое онемение на щечной слизистой оболочке | Анестезия мепивокаином | 20 | 1.74 (2.14) | 1.70 | 0.09 |
| | Анестезия артикаином | 20 | 1.05 (1.68) | | |
| Первое онемение на небной слизистой оболочке | Анестезия мепивокаином | 20 | 0.90 (0.96) | 2.62 | 0.01 |
| | Анестезия артикаином | 20 | 0.52 (0.20) | | |
| Первое онемение зуба | Анестезия мепивокаином | 20 | 3.37 (3.05) | 2.62 | 0.01 |
| | Анестезия артикаином | 20 | 1.96 (1.93) | | |



Кластерная гистограмма 1

Таблица 2. Сравнение средней оценки боли между пациентами в основной и контрольной группах.

| Оценки боли | Группы | Количество пациентов | Значение | t- test(df=88) | P |
|----------------------------|------------|----------------------|-----------|----------------|--------|
| Инфильтрационная анестезия | Мепивокаин | 20 | 35(18.23) | -4.04 | <0.001 |
| | Артикаин | 20 | 52(21.23) | | |
| Небная анестезия | Мепивокаин | 20 | 51(17.48) | 1.33 | 0.19 |
| | Артикаин | 20 | 46(22.1) | | |

Таблица 3. Сравнение средних значений оценки боли в основной (Мепивакаин) и контрольной (Артикаин) группах.

| Группы | Оценка боли | Количество пациентов | Значение | t- test (df=88) | P |
|------------|----------------------------|----------------------|-----------|-----------------|-------|
| Мепивакаин | Инфильтрационная анестезия | 20 | 35(18.23) | -5.024 | 0.001 |
| | Небная анестезия | 20 | 51(17.48) | | |
| Артикаин | Инфильтрационная анестезия | 20 | 52(21.23) | 1.58 | 0.121 |
| | Небная анестезия | 20 | 46(22.23) | | |

в обеспечении анестезии слизистой оболочки десны и удаляемого зуба дает более быстрое действие, чем использование мепивакаина.

Однако, мепивакаин имеет низкую рКа, которая близка к физиологическому рН (7,4). Это означает, что не заряженные базовые местные молекулы анестетика должны быстрее диффундировать через нервную оболочку и, как следствие, достигать более быстрого начала анестезии [18].

Наши результаты могут быть объяснены тем фактом, что артикаин относится к амидной группе местных анестетиков с тиофеновым кольцом. Это ароматическое кольцо обладает большей растворимостью в жире, чем бензольное кольцо, имеющиеся в мепивакаине. Большая липидная растворимость артикаина в дополнение к его формуле с высокой концентрацией анестетика в виде 4% раствора может быть причиной увеличения количества незаряженных локальных анестезирующих молекул, пересекающих нервную мембрану [19, 20]. Результаты данного исследования коррелируют с сообщениями о достижении артикаина более быстрого времени начала и глубокого уровня анестезии [18].

По результатам данного исследования физиологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, не оказывают сильного влияния на анестезирующую способность 4% раствора артикаина и 3% раствора мепивакаина. Однако оценка дискомфорта инъекции 4% раствора артикаина гораздо выше по сравнению с аналогичными исследованиями, проводимые у мужчин. Повышенный дискомфорт при инъекции 4% раствора артикаина может быть результатом, как повышенной скорости инъекции, так и страх пациента перед анестезией. Дискомфорт инфильтрационной анестезии 3% раствора мепивакаина меньше 4% раствора артикаина, но его анестезирующие способности уступают 4% раствору артикаина, однако экстракции верхнечелюстных зубов были проведены успешно.

Таким образом, исследование показало, что инфильтрационная и небная анестезия с 4% раствором артикаином имеет более быстрое начало

действия, более раннее онемение слизистой оболочки десны, неба и онемение зубов. Однако 3% раствор мепивакаина является лучшей альтернативой для проведения местной анестезии у беременных женщин для удаления верхнечелюстных зубов.

Список литературы:

- Catalin S Buhimishi, MD, and Carl P. Weiner, MD, MBA/Medications in Pregnancy and Lactation. *Obstetrics & Gynecology* 2009 February; 113(2):1417–432.
- Кузьмина ЭМ. Профилактика стоматологических заболеваний, 2001;188.
- Лукиных ЛМ, Толмачева СМ. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика: Медицинская книга, 2005;152.
- Толмачева СМ. Индивидуальные методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у беременных женщин: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тверь, 2004;24.
- Успенская ОА, Шевченко ЕА, Казарина НВ. Стоматология беременных: метод. рекомендации, Н. Новгород: Издательство Нижегородской госмедицинской академии, 2008;24.
- Носова ВФ, Рабинович СА. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам. *Клиническая стоматология* 2004;3(23):29–43.
- Лукиных ЛМ, Толмачева СМ, Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика. М.: Медицинская книга, 2005;152.
- Толмачева СМ. Особенности диспансерного наблюдения беременных врачом-стоматологом/лекции. СТМ, 2010;139–141.
- Sophia Kurien I, Vivekanand S Kattimani, Roopa Rani Sriram, Sanjay Krishna Sriram, Prabhakara Rao VK, Anitha Bhupathi, Rupa Rani Bodduru, Namrata N Patil. Management of Pregnant Patient in Dentistry *Journal of International Oral Health*. 2013 Jan-Feb;5(1):88–97.
- Raphael Patcas, Patrick R. Schmidlin, Roland Zimmermann, Wanda Gnoinski. Die zahnärztliche

- Betreuung von Schwangeren ZehnFragen und Antworten Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;122(9):729–734.
11. James A. Giglio, DDS, MEd; Susan M. Lanni, MD; Daniel M. Laskin, DDS, MS; Nancy W. Giggle, CNM. Oral Health Care for the Pregnant Patient. JCDA February 2009;75(1):43–49.
 12. Michael Turner, DDS, MD and Shahid R. Aziz, DMD, MD. Management of the Pregnant Oral and Maxillofacial Surgery Patient. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:1479–1488.
 13. Анисимова ЕН, Гасанова ЗМ, Молчанов АС, Рязанцев НА. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическими вмешательствами. Эндодонтия today. 2012;1:31–35.
 14. Oertel R, Rahn R, Kirch W. Clinical pharmacokinetics of articaine. Clin. Pharmacokinet. 1997;33(6):417–425.
 15. Анисимова ЕН, Зорян ЕВ, Рабинович СА. Мепивакаин в практике врача-стоматолога. Клиническая стоматология 1999;13(4):36–39.
 16. Bornkessel В. Убистезин и мепивастезин приводят к высокому уровню безопасности при местной анестезии Институт стоматологии. 2000;2:46–48.
 17. Сильва КБ, Гроппо ФК, Сантос КП, Серп Л, Франц-Монтан М, Паула Эд и др. Анестезирующая эффективность однослойных и многослойных липосомальных составов артикаина в воспаленной и непросвещенной ткани. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016;54:295–300.
 18. Gazal G, Alharbi AM, Al-Samadani KH, Kanaa MD. Проникающая инфильтрация артикаина и мепивакаина в обеспечении первой анестезии молярной целлюлозы нижней челюсти после нижнего блока альвеолярного нерва мепивакаина: рандомизированное двойное слепое кроссоверное исследование. Saudi J Anaesth. 2015;9:397–403.
 19. Zain M, Rehman Khattak SU, Sikandar H, Shah SA, Faузaz R. Сравнение анестезирующей эффективности 4% первичной буккальной инфильтрации артикаина против 2% лидокаинового нижнего блока альвеолярного нерва в симптоматических первых молярных зубах нижней челюсти. J Coll Physicians Surg Pak. 2016;26:4–8.
 20. Gazal G. Сравнение скорости действия и дискомфорта при введении 4% артикаина и 2% мепивакаина для анестезии у верхнечелюстных зубов: рандомизированное двойное слепое перекрестное испытание. Saudi J Anaesth . 2017 апрель-июнь; 11(2): 152–157. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5389232/>

ТҮЙІН

М.А. АЙТЖАНОВА, Д.К. БЕЙСЕНБИЕВА,
Н.Т. ЖЕКСЕНБИ, У.А. УТЕБАЕВА

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЖЕРГІЛІКТІ АНЕСТЕТИКТЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеудің мақсаты. Жүкті әйелдерде тістерді алып тастау кезінде жергілікті жансыздандыру ұзақтығын бағалау.

Әдістері. Негізгі топта (20 пациент), жергілікті анестезия мепивакаиннің 3% ерітіндісімен жүргізілді, өйткені артикаин және натрий бисульфаты ерітіндісінің 4% жеке көтере алмайтындығы байқалды, ал бақылау тобында (20 пациент) артикаин ерітіндісінің 4% жеке көтере алмайтындығы болмаған. Инъекцияның жайсыздығын пациенттер әрбір өңдеуден кейін стандартты визуалды аналогтық 100 мм (VAS) шкалаларында тіркеген. Барлық инъекциялардан кейін жұмсақ және қатты тіндердің жұтылуы 15 с аралығымен зондпен субъективті түрде өлшенді.

Нәтижелері: зерттеу бақылау тобында емделушілерде негізгі топқа қарағанда қызыл иектің шырышты қабығының және алып тасталатын тістің ертеректе жұтылуы тіркелді. Бұл айырмашылықтар

SUMMARY

M.A. AITZHANOVA, D.K. BEISENBIYEVA,
N.T. ZHEKSENBI, U.A. UTEBAYEVA

COMPARATIVE CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOCAL ANESTHETICS USED IN PREGNANT WOMEN

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to estimate the duration of local anesthesia during tooth extraction in pregnant women.

Materials and methods: 40 pregnant women were selected, where in the main group (20 patients) local anesthesia was carried out with 3% solution of mepivacaine as there was an individual intolerance to 4% solution of articaine and sodium bisulfate, and in the control group (20 patients) 4% solution of articaine to which had no individual intolerance was used. Injection discomfort was recorded by patients after each treatment on standard visual analog scales of 100 mm (VAS). After all injections, numbness of soft and hard tissues was subjectively measured by a probe with an interval of 15 seconds.

Results. The study showed that patients in the control group had previously registered numbness of the gingival mucosa and the tooth removed than in the main group. These differences were statistically significant ($p < 0.05$). This result is a good proof that the physiological changes occurring in the body of a woman during pregnancy does

статистикалық мәнді болды ($P < 0,05$). Бұл нәтиже жүктілік кезінде әйелдің ағзасында болатын физиологиялық өзгерістер 4% артикаин ерітіндісінің және 3% мепивакаин ерітіндісінің анестезиялық қабілетіне күшті әсер етпейді. Инфильтрациялық анестезияның жайсыздығы 3% мепивакаин ерітіндісінің 4% артикаин ерітіндісінен аз, бірақ оның анестезиялық қабілеті артикаиннің 4% ерітіндісінен кем болады, алайда тістердің экстракциясы сәтті жүргізілді.

Қорытынды: Осылайша, біздің зерттеуіміз жүкті әйелдердің тістерін алып тастау барысында артикаиннің 4% ерітіндісі бар жергілікті анестезия әсерінің тез басталуы, қызыл иектің шырышты қабығының ерте ұюы мен тістердің ұюын көрсетті.

Негізгі сөздер: жүкті, жергілікті анестезия, мепивакаин, артикаин, тісті алып тастау.

not have a strong effect on the anesthetic ability of 4% solution of articaine and 3% solution of mepivacaine. The discomfort of infiltration anesthesia with 3% solution of mepivacaine is less than 4% solution of articaine, but its anesthetic ability is inferior to 4% solution of articaine, but extraction of teeth was carried out successfully.

Conclusion. Thus, our study showed that local anesthesia with a 4% solution of articaine has a faster onset of action, earlier numbness of the gingival mucosa and numbness of teeth in pregnant women, when teeth are removed.

Keywords: Pregnant women, local anesthesia, mepivacaine, articaine, tooth extraction.

УДК 378.147.88:61

МРНТИ 14.35.07

С. АМАНДЫКОВА, Д. БУЛЫГИНА, Г.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА

СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан
Научный руководитель: Г.С. Дильмагамбетова

В течение последних 10 лет специальность врача общей практики активно закрепляется в структуре здравоохранения Республики Казахстан. Однако до сих пор отмечается нехватка кадров среди данной специальности.

Цель исследования. Оценить степень готовности интернов 6-7 курса по специальности врач общей практики к осуществлению профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Методы исследования. Был проведен опрос врачей-интернов общей практики 6 и 7 курсов, обучающихся на базе Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова. Опрос прошли 232 студента: из них на студентов 6 курса пришлось 47% респондентов, 7 курса – 53%, соответственно. Опрос проводился анонимно. Опросник был создан на платформе Google формы. Перед проведением анкетирования было получено информированное согласие для последующей обработки полученных данных. Была проведена одномоментная рассылка вопросов. Обработка результатов проводилось с помощью программы Statistica 10. Применялись описательная и корреляционная статистика с расчетом показателя Пирсона Хи-квадрат.

Результаты исследования. 79% из всех респондентов отметили, что их отношение к выбранной ими специальности не изменилось, студентам по-прежнему нравится будущая профессия. 21% обучающихся отметили, что они разочарованы в выбранной специальности. Большинству обучающихся нравится выбранная специальность, их отношение в процессе обучения не изменилось. В общем 63% респондентов считают, что проблемы в работе врача общей практики есть, а 37% участников опроса посчитали, что они отсутствуют. Несмотря на трудности в работе врача общей практики, большинство респондентов ответили, что страхов и опасений перед предстоящей работой у них нет. Большая уверенность была у студентов 7 курса по сравнению с 6 курсом, критерий Пирсона Хи-квадрат составил 9,125819, $p < 0,00252$. Среди ответов по поводу трудностей на первом месте была загруженность документацией. Данный пункт у студентов 7 курса был особенно выделен, критерий Пирсона Хи-квадрат 10,53783, $p < 0,00117$.

Кроме этого в числе проблем в работе врача общей практики были отмечены малая заработная плата, ограниченное время приема и большой поток пациентов.

Выводы. Таким образом, несмотря на страхи, опасения и трудности в отношении работы на первичном уровне врачи-интерны общей практики считают себя подготовленными к самостоятельной практике.

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, готовность к практической деятельности.*

Введение

Врач общей практики (ВОП) – это высококвалифицированный специалист, в задачу которого входит оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, независимо от возраста, пола или характера заболевания [1]. В мире большой удельный вес среди выпускников медицинских вузов приходится на долю ВОП. Акцент на общую врачебную практику (ОВП) имеет существенные преимущества, позволяющие своевременно не только выявлять и лечить заболевания, но и проводить профилактику и направлять силы на сохранность здоровья всей семьи в целом.

На сегодняшний день распространенность ВОП в мире различна. Например, во Франции 54% от всех специальностей приходится на долю семейных врачей, в Германии ВОП составляют почти половину всех врачей в стране, в Испании – 15%, а в США 47% населения обращается за помощью семейного врача. В Швейцарии 73% от числа всех врачей составляют ВОП. В Великобритании ВОП – это основная фигура в оказании населению медицинской помощи. За каждым семейным врачом закреплено приблизительно 1500-2000 человек. Они оказывают более 95% амбулаторной помощи пациентам [2].

Основными задачами ВОП является проведение профилактических мер среди населения, проведение скрининговых осмотров, диагностика, лечение и реабилитация распространенных заболеваний, иммунизация населения, планирование семьи и охрана здоровья матери и ребенка. В целом, семейный врач – первый, к кому обращается пациент по любой медицинской проблеме. Поскольку такой специалист имеет достаточно знаний, он может справиться в большинстве случаев самостоятельно, прибегая к помощи узкого специалиста лишь в особо сложных случаях [3].

В течение последних 10 лет специальность врача общей практики активно закрепляется в структуре здравоохранения Республики Казахстан. Ежегодно выпускается около 4 тысячи молодых специалистов в сфере здравоохранения. Сейчас в Казахстане 524 организации, которые оказывают первичную медицинскую помощь. На уровне ПМСП функционируют 10 216 участка, 60% из которых по укомплектованности являются участками врачей общей практики. По нормативным показателям, в нашей стране на одного ВОП прикрепляется 2000 пациентов, соответственно необходимо иметь около 100 000 врачей общей практики, в то время необходимую подготовку прошли менее 10 000 врачей. Такие высокие потребности в специалистах широкого

профиля из-за дефицита кадров создают основную проблему системы семейной медицины в Казахстане [4].

Цель исследования

Оценить степень готовности интернов 6-7 курса по специальности врач общей практики к осуществлению профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Методы исследования

Был проведен опрос интернов ВОП 6-7 курса, обучающихся на базе Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова. Всего обучается 277 интернов ВОП 6 и 7 курсов. Опрос прошли 232 студента: из них на студентов 6 курса пришлось 47% респондентов, 7 курса – 53%, соответственно. Опрос проводился анонимно. Опросник был создан на платформе Google формы. Перед проведением анкетирования было получено информированное согласие для последующей обработки полученных данных (рис. 1). Была проведена одномоментная рассылка вопросов.

В данный опросник вошли информация о личных данных: пол, возраст, курс, форма финансирования обучения и следующие вопросы:

- Нравится ли Вам будущая специальность ВОП?
- Изменилось ли Ваше отношение к учебе по сравнению с начальным периодом обучения?
- Как вы считаете, после освоения образовательной программы по Вашей будущей специальности, Вы сможете самостоятельно реализовать свои знания на практике?
- Существуют ли у Вас опасения и страхи по поводу предстоящей работы в ПМСП?
- Как вы считаете, в чем основная причина неготовности выпускников к осуществлению профессиональной деятельности после окончания университета?
- По вашему мнению, какие есть трудности в работе ВОП?
- Что Вы намереваетесь делать после окончания университета?

Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 10. Применялись описательная, корреляционная статистика с расчетом показателя Пирсона Хи-квадрат.

Результаты исследования

Из 232 респондентов, участвовавших в опросе, мужского пола было 31 человек, женского – 201, соответственно. Обучающихся на основе государственного гранта составило 87%, на платной основе – 13%. Возраст участников опроса был от 22 до 31 лет.

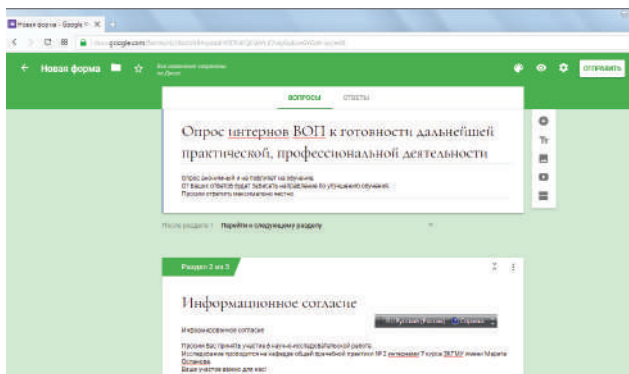


Рисунок 1. Внешний вид онлайн-опросника

На вопрос «Нравится ли вам будущая специальность ВОП?» 88% обучающихся ответили положительно, 12% выбрали вариант «нет, не нравится» (рис. 2).

В ответе на вопрос «Изменилось ли Ваше отношение к учебе по сравнению с начальным периодом обучения?» 79% из всех респондентов отметили, что их отношение к выбранной ими специальности не изменилось, студентам по-прежнему нравится будущая профессия, а 21% обучающихся отметили, что они разочарованы в выбранной специальности. Большинству обучающихся нравится выбранная специальность, их отношение в процессе обучения не изменилось. Это свидетельствует об осознанном выборе специальности ВОП среди студентов и готовности к осуществлению профессиональной деятельности. Среди отметивших вариант «не нравится» основной процент приходится на долю 7 курса, что вероятно связано с более осозанным подходом и столкновением на практике с проблемами в деятельности ВОП. С увеличением курса увеличивается критическое отношение к обучению, критерий Пирсона Хи-квадрат составил 6,1777669, $p < 0,01294$.

Для выяснения готовы ли студенты к самостоятельной работе на участке был задан следующий вопрос «Как вы считаете, после освоения образовательной программы по Вашей будущей специальности, Вы сможете самостоятельно реализовать свои знания на практике?». Большинство опрошиваемых отметили уверенность в том, что

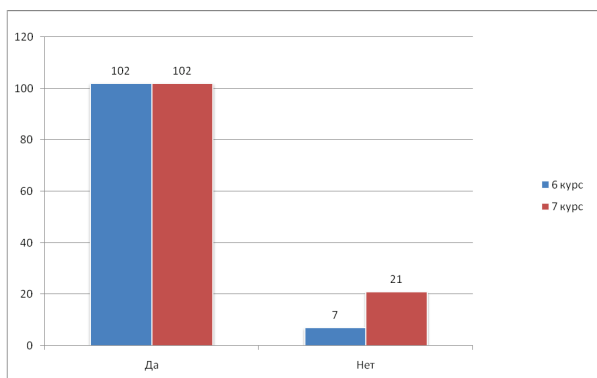


Рисунок 2. Ответы интернов ВОП на вопрос «Нравится ли вам будущая специальность ВОП?»

смогут применить свои знания на практике (93%), лишь 7% ответили «нет» на данный вопрос. Большая уверенность в своих знаниях и умении применить их на практике была среди интернов 7 курса. Основной процент отрицательных ответов так же приходится на долю студентов 7 курса.

Следующим был вопрос «Существует ли у Вас опасения и страхи по поводу предстоящей работы в ПМСП?». Несмотря на трудности в работе ВОП, большинство респондентов ответили, что страхов и опасений перед предстоящей работой у них нет (рис.3). Большая уверенность была у студентов 7 курса по сравнению с 6 курсом, критерий Пирсона Хи-квадрат составил 9,125819, $p < 0,00252$.

Ниже мы хотим привести часть развернутых ответов на данный вопрос:

- Я не сомневаюсь в своих возможностях, но в первые дни, возможно, будут трудности.
- Да, конечно. Все мои страхи связаны с ответственностью за жизнь пациентов. Может, я утрирую?! Но я до ужаса боюсь начать работать. Потому что, на плечах врача общей практики лежит огромный груз (это жизнь детей, беременных), одним словом пациентов всех возрастов. Если мы пропустим начальные симптомы, то это может обернуться смертью пациентов. Это меня и пугает. В связи с последними изменениями законов, невзирая на все мои страхи, я буду работать ВОП, точнее вынужденно «отрабатывать».

На вопрос об основной причине неготовности выпускников к осуществлению профессиональной деятельности после окончания университета были получены следующие ответы: низкий уровень практической подготовки, неспособность применять теоретические знания на практике, что и обуславливает не готовность к осуществлению практической деятельности будущих врачей. Приводим пример развернутых ответов интернов ВОП:

- Мало практикующих врачей, которые могли бы помогать, обучать и направлять нескольких студентов, а не всю группу.
- Много времени задействуется для изучения

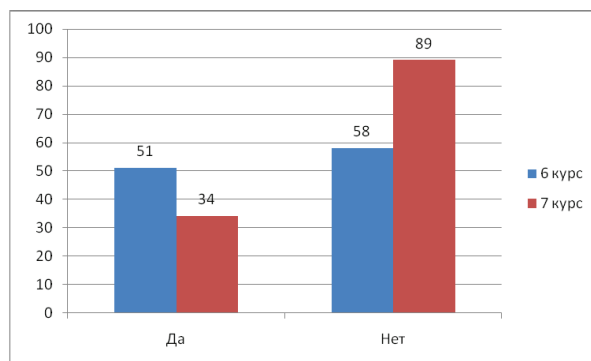


Рисунок 3. Ответы интернов ВОП на вопрос «Существует ли у Вас опасения и страхи по поводу предстоящей работы в ПМСП?»

ненужных предметов, мало времени для основных клинических дисциплин.

- Изучая взрослых, багаж знаний о детях минимальный, не хотят работать потому, что бояться детей. Мало времени дается на прием, этого не достаточно, чтобы выполнять работу хорошо.

К вопросу о трудностях в работе ВОП были предложены следующие варианты:

- Загруженность документацией;
- Большой поток пациентов;
- Ограниченное время приема пациентов;
- Малая заработная плата;
- Потребность в помощников врача ВОП, выполняющих часть работы;
- Отсутствие чувства юридической защищенности;
- Считаю, что нет проблем в работе ВОП.

В общем 63% респондентов считают, что проблемы в работе ВОП есть, а 37% участников опроса посчитали, что нет проблем в работе ВОП. Среди ответов большая часть трудностей в работе ВОП была связана с загруженностью документацией. Данный пункт у студентов 7 курса был особенно выделен, критерий Пирсона Хи-квадрат составил 10.53783, $p < 0,00117$. Кроме этого, в трудностях работы врача ВОП отмечены малая заработная плата, ограниченное время приема и большой поток пациентов.

Более развернутый ответ был получен на вопрос «Какие еще есть трудности в работе ВОП?»:

Большинство пациентов, зная свои права, не знают свои обязанности.

Отрицательная настроенность большинства населения к врачу, трудно к некоторым пациентам находить общий язык.

- Отсутствие ответственности за своё здоровье у пациентов.
- Нет защиты от хамства и видеосъемок со стороны пациентов. Ходить по участку на вызовы тоже небезопасно для женщины врача.
- Да, мне нравится специальность ВОП, но, во-первых, слишком много пациентов на участке, во-вторых, времени мало для принятия пациента (10 минут), загруженность врача документациями.
- К сожалению ВОП исполняют функцию участкового врача, как в советское время. ФИЛОСОФИЯ ВОП намного шире.
- Страшно всю жизнь просидеть в одном кабинете на конвейере. Никакой юридической защиты от нападков и хамства со стороны пациентов.

На последний вопрос «Что Вы намереваетесь делать после окончания университета?» только 46% участников собираются работать по специальности врач общей практики, а остальные 54% планируют связать свою будущую деятельность в других направлениях медицины.

Обсуждение

Результаты опроса показали, что интерны ВОП испытывают некоторые опасения по поводу предстоящей работы по выбранной ими специальности.

Выяснилось, что обоим курсам нравится выбранная специальность, но процент отрицательного ответа среди 7 курса был достоверно больше, чем у 6 курса. Однако интерны ВОП 7 курса имеют меньше страхов и опасений по поводу предстоящей работы, чем студенты 6 курса. По нашему мнению такая достоверная разница связана с тем, что больше сталкиваясь с практической деятельностью ВОП, интерны 7 курса понимают важность работы врача общей практики. Оба курса связывают свои опасения преимущественно с загруженностью медицинской документацией и малой заработной платой. Стоит заметить, что в ходе анонимного анкетирования врачей общей практики с целью выявления проблем связанных с их работой, загруженность документацией также является весомой проблемой, но не главной. Врачи общей практики считают важной проблемой вопросы, связанные с диагностикой, дифференциальной диагностикой и фармакотерапией заболеваний [3].

Другими трудностями в работе ВОП при опросе интернов были отмечены такие факторы как большой поток пациентов и объем работы врача общей практики, недостаточный объем педиатрического компонента в программах обучения, негативное восприятие среди населения и медицинских работников мероприятий по внедрению семейной медицины и службы ВОП. Несмотря на то, что большинство участников опроса выбрали вариант, что им нравится будущая специальность ВОП, все же основная часть не собирается работать по специальности, выбирая узкую специализацию. Специальность врача общей практики остается неэффективной и непривлекательной для самого врача, чувствующего себя самым незащищенным звеном, когда ему приходится работать практически на все профильные службы, вести большой объем отчетной документации [5].

Непривлекательность профессии врача в целом было получено в ходе анкетирования студентов Саратовского государственного медицинского университета. Результаты исследований показали мнения студентов в отношении профессии врача. Они указали на неудовлетворенность заработной платой, загруженность медицинского персонала, низкую техническую оснащенность в медицинской сфере. Авторы этой работы связывают такое мнение, с небольшим практическим опытом и формированием мнения «снаружи», а не изнутри [6].

Практические врачи первичного звена в Российской Федерации по данным фотохронометражного исследования считают приоритетной проблемой недостаточное время на прием, который сведен к минимальным 15 минутам, в то время как на первичный и вторичный прием пациента требуется в среднем от 9,6 до 43,3 минут [7].

Такое отношение к общей врачебной практике наблюдается не только в нашей стране, но и среди студентов-медиков других стран. К примеру, в США аналогичные исследования показали, что

на неготовность к работе по выбранной ими специальности оказывают ряд факторов. В процессе обучения студенты приходят к выводу, что работа в ПМСП недостаточно эффективна и однообразна. Некоторые отмечали, что врач общей практики имеет дело с одними и теми же заболеваниями и это в конечном итоге приводит к тому, что у молодого специалиста остывает интерес к своей профессии. Ограниченное время приема и загруженность бумажной работой не дает врачу углубленно изучить заболевание, и ВОП вынужден перенаправить пациента к специалисту узкого профиля. Также выяснилось, что они считают работу в ПМСП финансово невыгодной, ссылаясь на то, что ВОП имеют низкую заработную плату несоответствующую реальной загруженности врача. Также многие студенты отмечают, что врачи общей практики сталкиваются с дискриминацией относительно выбранной ими профессией, то есть многие считают знания ВОП поверхностными, неспособными справиться с редкими заболеваниями. Таким образом, столкнувшись со всеми реалиями работы в ПМСП, многие студенты решают выбрать узкую специализацию [8, 9, 10, 11].

Установлено, что выявление и решение проблем в работе ВОП не только улучшит качество работы, но и повысит уровень личной вовлеченности врачей общей практики в работу, давая возможность быть эффективными и полезными, снижая уровень личностного выгорания [12].

Выводы:

1. Страх и опасений в отношении работы в ПМСП у интернов 7 курса по сравнению с интернами 6 курса меньше.
 2. Несмотря на трудности в работе ВОП, интерны считают себя подготовленными.
 3. Основной проблемой в работе ВОП интерны отмечают загруженность документацией.
- Работа выполнена в рамках научного проекта «Подготовка помощника врача ПМСП».

Список литературы:

1. Балмуханова АВ, Балмуханов ВН. Проблемы до и последиplomной подготовки врачей общей практики. Вестник КазНМУ 2012;(4):38–40.

2. Конысбаева КК, Утеулиев ЕС. Влияние современных технологий оказания медицинской помощи на деятельность организаций ПМСП. Вестник КазНМУ 2017;(4):325–327.
3. Алиманова ЖМ, Карибаева ДО, Купеншеева. Проблемы в подготовке врачей общей практики и пути их решения. Вестник КазНМУ 2017;(1):467–469.
4. Сагеев СС. Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи. Вестник КазНМУ 2012;(1):404–408.
5. Анализ текущей ситуации ПМСП. <http://www.rcrz.kz/old/index.php/ru/o-centre/nashi-zhurnaly/35-concept/224-koncept-3>
6. Долгова ЕМ, Власова МВ, Горохова ЕА, Милютина ЖН, Абызова НВ, Раздевилова ОП. Здравоохранение глазами студента медицинского вуза. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2013;3(10):1136–1138.
7. Стародубов ВИ, Сон ИМ, Иванова МА, Люцко ВВ, Армашевская ОВ, Соколовская ТА, Бантьева МН. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований. Менеджер здравоохранения 2014;(8):18–22.
8. Gold JA, Barg FK, Margo K. Undergraduate Students' Perspectives on Primary Care. J Prim Care Community Health 2014;5(4):279–83.
9. Рамсботем СЕ. Семейная медицина в Соединённом Королевстве. Земский врач, 2011:37–42.
10. Elizabeth A, Delia A, Nottingham K, Laura J, Timothy D. Premedical Students' Attitudes Toward Primary Care Medicine. The Journal of the American Osteopathic Association 2016;(5):302–309.
11. Elizabeth A, Reynolds S, Jane T, Adkins S, Longenecker R. Changing First-Year Medical Students' Attitudes Toward Primary Care. The Journal of Family medicine 2014;(9):707–712.
12. Бекмухамбетов ЕЖ, Омарова КП, Джаркенов ТА, Досимов ЖБ. Перспективы оптимизации до- и последиplomной подготовки врачей общей практики. Медицинский журнал Западного Казахстана 2010;26(2):9–11.

ТҮЙІН

С. АМАНДЫКОВА, Д. БУЛЫГИНА,
Г.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР ИНТЕРНДЕРІНІҢ ЖЕКЕ ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫҒА ДАЙЫНДЫҚ ДЕҢГЕЙІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Соңғы 10 жыл ішінде жалпы тәжірибелік дәрігер мамандығы Қазақстан Республикасының денсаулық

SUMMARY

S.AMANDYKOVA, D.BULYGINA,
G. S.DILMAGAMBETOVA

THE DEGREE OF THE GENERAL PRACTITIONER SPECIALTY INTERNS READINESS TO INDEPENDENT PRACTICE

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

During the last 10 years, the specialty of a general practitioner is actively fixing in the structure of the public

сақтау жүйесінде елеулі орын алады. Бірақ, бұл мамандық бойынша мамандардың тапшылығы әлі де байқалады.

Зерттеу мақсаты. Жалпы тәжірибелік дәрігер мамандығы бойынша 6-7 курс интерндерінің дайындық деңгейін біріншілік медико-санитарлық көмек жағдайында кәсіби белсенділіктерін жүзеге асыруын бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті базасында білім алушы 6-7 курс жалпы тәжірибелік дәрігер-интерндері арасында сауалнама жүргізілді. Сауалнаманы 232 студент өтті, соның ішінде: 6-курс студенттеріне 47% респондент тиесілі, 7-курс – 53% сәйкес. Сауалнама анонимді түрде жүргізілді. Сауалнама Google платформасындағы формада құрылды. Сауалнама жүргізер алдында алдағы уақытта алынатын мағлұматтарға ақпараттанған рұқсат алынды. Бір уақытта сұрақтарды поштаға тарату жүргізілді. Нәтижелерді өңдеу Statistica программасының көмегімен жүзеге асырылды. Пирсон-Хи-квадрат көрсеткіші бойынша сипаттама және корреляциялық статистика жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі. Респонденттердің 79%-ы өздерінің таңдаған мамандықтарына қатынастарының өзгермегендіктерін атап өтті, студенттерге әлі де болашақ мамандықтары ұнайды. Білім алушылардың 21%-ы таңдаған мамандықтарынан көңілі қалғандарын көрсетті. Көптеген білім алушыларға таңдаған мамандықтары ұнайды, олардың оқу барысында көзқарастары өзгермеген. Жалпы респонденттердің 63%-ы жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысында қиындықтар бар деп, ал қатысушылардың 37%-ы оларды жоқ деп есептейді. Жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы қиындықтарға қарамастан, респонденттердің көбі алдағы жұмыстан қорқыныштары мен үрейлерінің жоқ екенін атап өтті. Үлкен сенім 6-курс студенттеріне қарағанда, 7-курс студенттерінде байқалды, Пирсон Хи-квадрат критерийі $9,125819 < 0.00252$ көрсетті. Қиыншылықтардың ішінде бірінші орында құжаттармен жүктеме тұр. Бұл пункт 7-курс студенттерінде ерекше көрсетілген, Пирсон Хи-квадрат критерийі $10.53783, p < 0,00117$.

Қорытынды. Осылайша, қорқынышқа, үрейлерге және қиындықтарға қарамастан, жалпы тәжірибелік дәрігер-интерндері бастапқы деңгейдегі жұмысқа, жеке тәжірибеге өздерін дайынбыз деп санайды.

Негізгі сөздер: біріншілік медико-санитарлық көмек, жалпы тәжірибелік дәрігер, практикалық белсенділікке дайындық.

health of the Republic of Kazakhstan. However, there is still a shortage of personnel among this specialty.

Purpose: to evaluate the degree of readiness of 6-7 year interns in the general practitioner specialty to carry out professional activities in primary health care.

Materials and methods. A survey was conducted among 6-7 year general practitioner interns of the West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University. The survey covered 232 students: 6- year students - 47% of respondents, 7-year students - 53%, respectively. The survey was conducted anonymously. The questionnaire was created on the Google platform. Before making the survey informed consent was obtained for the subsequent processing data. It was a one-time questionnaire. The results were processed using the Statistica 10 program. Descriptive and correlation statistics were used with the Pearson Chi-square indicator calculation.

Results. 79% of all respondents noted that their attitude towards their chosen specialty has not changed, students still like their future profession. 21% of students said that they were disappointed in the chosen specialty. Most students like the chosen speciality, their attitude in the learning process has not changed. In general, 63% of respondents believe that there are problems in the work of the general practitioner, and 37% of survey participants felt that there are no problems in the work. Despite the difficulties in the work of the general practitioner, the majority of respondents answered that they have no fears about the work ahead. Students of the 7th course had a greater confidence compared to the 6th course- the Pearson Chi-square test was $9.125819, p < 0.00252$. Among the answers about the difficulties in the first place was the workload documentation. This item from the students of the 7th course was particularly highlighted- Pearson Chi-square test $10.53783, p < 0.00117$. In addition, among the problems in the work of the general practitioner were low wages, limited reception time and a large flow of patients.

Conclusion. Thus, despite the fear and difficulties regarding work at the primary level interns feel themselves prepared for independent practice.

Keywords: primary health care, general practitioner, readiness for practical activities.

УДК 616.72-001.6-053.2-07-08

МРНТИ 76.29.41, 76.29.47

А. АСҚАР, А. САРСЕНОВА, Р.К. НАЗАРБАЕВА, Н.У. АЛЕКЕНОВА

НЕСИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ У ДЕТЕЙ

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

Научные руководители: Р.К. Назарбаева, Н.У. Алеkenова

Данное научное исследование представляет принятие клинического решения с позиции доказательной медицины. Исследовательским вопросом был клинический протокол «Диагностики и лечения травматических вывихов Республики Казахстан». Проведена критическая оценка с помощью инструмента AGREE, и данный клинический протокол требует дополнения в нескольких разделах (сделана автором проекта). В частности, в протоколе не были указаны методы вправления вывиха в разделе лечения. И целью данного исследования стало сравнение двух самых распространенных методов вправления подвывиха головки лучевой кости у детей с позиции доказательной медицины, с последующей рекомендацией полученных результатов в клиническую практику. Поиск осуществляли в нескольких базах данных: MEDLINE, Cochrane library. Для поиска в базе данных MEDLINE использовали электронно-поисковую систему PUBMED. За основу брались результаты данных статьи как метод вправления подвывиха головки лучевой кости у детей. Также его можно порекомендовать в клинический протокол «Диагностики и лечения травматических вывихов у детей Республики Казахстан» как метод вправления подвывиха головки лучевой кости, так как результаты данных исследования соответствуют уровню доказательности А.

Ключевые слова: сравнение, супинация – сгибание, пронация – сгибание, дети, подвывих.

Введение

Подвывих головки лучевой кости – это общая педиатрическая и ортопедическая травма, диагноз, который основан на классической картине продольного вытяжения в разгибательном положении предплечья и растяжение его. Подвывих головки лучевой кости является наиболее распространенной причиной неподвижности конечности у детей дошкольного возраста, и составляет 2/3 травм верхней конечности [1] и называется также «вывих от вытягивания» или «болезненная пронация маленьких детей». Хотя повреждение давно описано детскими хирургами и встречается часто, оно все еще недостаточно известно врачам. Радиальная головка выходит из слабой кольцевой связки и capitellum, что приводит к проскальзыванию и подвывиху радиальной головки в мышцу сустава и кольцевую связку. Клиническая картина подвывиха головки лучевой кости может включать внезапную острую боль в локтевом суставе. Ребенок не будет перемещать затронутую руку, держа ее близко к телу. Дети в возрасте от 1 до 4 лет наиболее восприимчивы к этому виду травм, чаще у девочек и в левой руке. Левая рука поражается чаще, чем правая (соответственно 60 и 40%). В поврежденной руке не будет видимого отека или деформации [2]. Вправить данный подвывих должен уметь как средний медицинский персонал, так и высококвалифицированный детский врач. В настоящее время есть несколько методов вправления подвывиха головки лучевой кости у детей. Самым распространенным является метод супинация – сгибания и пронация – сгибания. Но эффективность

обоих методов в плане успеха с первого раза вправления, боли, осложнения и рецидива становится спорным вопросом.

Целью исследования явилась сравнение систематическим поиском информации с высоким уровнем доказательности двух методов вправления (супинация – сгибания и пронация – сгибание) подвывиха головки лучевой кости у детей и внедрение результата в клинический протокол РК. Задачами исследования являлись: формулирование клинического вопроса по PICO, систематический поиск информации, поиск подходящей публикации по данной теме, дизайн, который соответствует мета-анализу, систематическому обзору или РКИ, критическая оценка найденных публикаций, анализ и внедрение результата в клинический протокол.

Методы

Для систематического поиска был поставлен исследовательский вопрос с помощью PICO:

P – Дети в возрасте от 1 года до 6 лет с подвывихом головки лучевой кости

I – Метод вправления с использованием супинации и сгибания (SF)

C – Метод вправления с использованием пронации и сгибания (PF)

O – Успешность вправления с 1-го раза

Исследовательский вопрос: Приведет ли метод вправления SF по сравнению с методом вправления PF у детей в возрасте от 1 года до 6 лет с подвывихом головки лучевой кости, к полному восстановлению движения руки с 1-ой попытки?

Дальше был произведен поиск информации. Поиск

осуществлялся в нескольких базах данных: MEDLINE, Cochrane library. Для поиска в базе данных MEDLINE использовали электронно-поисковую систему PUBMED. Ключевые слова: radial head subluxation, reduction, supination and flexion, pronation and flexion, first attempt, relapse.

Также использовали логические операторы такие как “AND”, “OR” и использовали имеющееся в MEDLINE поле. В результате поиска нашли 8 статей, дизайн которых соответствует РКИ. Критерием исключения были платные статьи, критерием включения были бесплатные полнотекстовые статьи. Из всего найденного для обзора взяли 3 исследования: Charles 1998, Julia 2008, Guzel 2014.

Результаты и обсуждение

Charles 1998: сравнение двух методов с точки зрения количества успешных сокращений с первой попытки показало, что метод пронация – сгибание был более успешным. Тридцать девять из 41 пациента (95%) были уменьшены путем пронации – сгибание с первой попытки по сравнению с 34 из 44 пациентов (77%), уменьшенных путем супинация – сгибание с первой попытки ($p = 0,014$) (таблица 1).

Таблица 1. Вправления при первой и второй попытке (Charles, 1998)

| Количество попыток | Пронация – сгибание (n = 41) | Супинация – сгибание (n = 44) |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 39 (95%) | 34 (77%) |
| 2 | 1 (2,5%) | 4 (9%) |
| Не удалось выполнить обе попытки | 1 (2,5%) | 6 (14%) |

Julia 2008: Успех был достигнут при первой попытке в 53/67 (80%, 95% ДИ от 0,67 до 0,88) пациентов, получавших пронация – сгибание, и в 47/68 (69%, 95% ДИ от 0,57 до 0,80) тех, кто получал супинация – сгибание ($p = 0,186$).

Во всех исследованиях были оценены два метода вправления подвывиха головки лучевой кости. Все авторы пришли к выводу, что техника пронация – сгибание более успешна. Результаты этих исследований показали, что не было никакой разницы в боли, оцененной врачами, но родители и медсестры отмечали, что пронация – сгибание была значительно менее болезненной.

Guzel 2014: Успешное снижение было достигнуто у 39 пациентов в группе пронация – сгибание (n=40) методом пронация – сгибание, тогда как у 32 пациентов в группе супинация – сгибание (n=38) методом супинация – сгибание. Тридцать шесть из 40 пациентов (92%) были уменьшены пронация – сгибание с первой попытки, по сравнению с 25 из 38 пациентов (78%), уменьшенных супинация-сгибание с первой попытки. Техника супинация – сгибание требовала большего количества попыток сокращения, чем метод пронация – сгибание. Было установлено, что метод пронация – сгибание был более успешным ($p=0,04$) (таблица 2) [3].

Таблица 2. Вправление при первой попытке (Guzel, 2014)

| Метод | Удачное вправление при первой попытке | Неудачное вправление при первой попытке |
|---------------------------|---------------------------------------|---|
| Пронация-сгибание (n=40) | 39 | 1 |
| Супинация-сгибание (n=38) | 32 | 6 |

Выводы

Из всего изученного можно сказать, что результаты данных статей можно взять за основу, как метод вправления подвывиха головки лучевой кости у детей. Также его можно порекомендовать в клинический протокол «Диагностики и лечения травматических вывихов у детей Республики Казахстан» как метод вправления подвывиха головки лучевой кости, так как результаты данных исследований соответствуют уровню доказательности А.

Работа будет продолжаться с целью внедрения в клиническую практику.

Список литературы:

1. Vitello S, Dvorkin R, Sattler S, Levy D, Ung L. Epidemiology of nursemaid's elbow. West J Emerg Med. 2014 Jul;15(4):554-7. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.1.20813>.
2. McDonald J, Whitelaw C, Goldsmith LJ. Radial Head Subluxation: Comparing Two Methods of Reduction. Acad Emerg Med 1999 Jul;6(7):715-8.
3. Guzel M, Salt O, Demir MT, Akdemir HU, Durukan P, Yalcin A. Comparison of hyperpronation and supination-flexion techniques in children presented to emergency department with painful pronation. Niger J Clin Pract. 2014 Mar-Apr;17(2):201-4. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.127557>.

ТҮЙІН

А. АСҚАР, А. САРСЕНОВА, Р.К. НАЗАРБАЕВА,
Н.У. АЛЕКЕНОВА

**БАЛАЛАРДА СҮЙЕК БАСЫНЫҢ
ҚАБЫНУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ
ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫНЫҢ
ҚОРЫТЫНДЫСЫ БОЙЫНША ЖҮЙЕЛІК
ЕМЕС ШОЛУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Бұл ғылыми зерттеу дәлелді медицина тұрғысынан клиникалық шешім қабылдау болып табылады. Зерттеу сұрағы «Қазақстан Республикасының жарақаттан болған дислокацияны диагностикалау және емдеу клиникалық хаттамасы» болды. AGREE құралы арқылы клиникалық хаттамаға критикалық бағалау жүргізілді және бірнеше бөлімдерге (жобаның авторы жасаған) өзгерістер енгізуді талап етеді. Атап айтқанда, хаттаманың емдеу бөлігіндегі дислокацияны қалпына келтіру әдістері көрсетілмеген. Бұл зерттеудің мақсаты балалардағы радиалды сүйек басының жасанды қабынуын дәлелді медицина тұрғысынан түзетудің ең кең тараған әдістерін клиникалық практикадан алынған нәтижелерге арналған келесі ұсыныстарды салыстыру болды. Іздеу бірнеше дерекқорларда жүргізілді: MEDLINE, Кохран кітапханасы. Дерекқорды іздеу үшін MEDLINE PUBMED электрондық іздеу жүйесі пайдаланылды. Зерттеу нәтижесінде осы мақалалардың нәтижелерін балалардың радиалды сүйек басының қабынуын азайту әдісі ретінде негізге алуы мүмкін деп айта аламыз. Сондай-ақ, осы зерттеулердің нәтижелері А дәлелінің деңгейіне сәйкес болғандықтан, радиациялық бастың қабынуын төмендету әдісі ретінде «Қазақстан Республикасының балаларында жарақаттануға қарсы дислокацияны диагностикалау және емдеу» клиникалық хаттамасына ұсынылуы мүмкін.

Негізгі сөздер: салыстыру, супинация – бүгілу, пронация – бүгілу, балалар, жартылай таю.

УДК 616.61:616.379-008.64

МРНТИ 76.29.36, 76.29.29

А. ӘЖІХАНОВА, А. МЫРЗАТХАН, Д. ТӨЛЕПОВА, А. ШАКЕНОВА, С. ЫСҚАҚ

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Казахский Медицинский Университет, Алматы, Казахстан
Научный руководитель: Г.И. Джубанова

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек у больных сахарным диабетом.

Методы. В исследование было включено 94 пациента больных сахарным диабетом. Средний возраст больных составил 52,4±0,56. Среди больных сахарным диабетом мужчин было 28 (29,8%), женщин – 66 (70,2%). Расчет скорости клубочковой фильтрации проводился по формуле СКД-EPI.

Результаты и обсуждение. У женщин по сравнению с мужчинами преобладала III стадия. ХБП (24,2% и 14,2%, соответственно) и терминальная стадия ХБП (4,5% и 3,6%, соответственно) (p<0,05).

SUMMARY

A.ASKAR, A. SARSENOVA, R.K.NAZARBAYEVA,
N.U. ALEKENEVA

**NON-SYSTEMATIC REVIEW ON THE
RESULTS OF THE CLINICAL PROTOCOL
FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
TRAUMATIC DISORDERS IN CHILDREN**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

This scientific research represents clinical decision from the evidence-based medicine standpoint. The research question was the clinical protocol of «diagnosis and treatment of traumatic dislocations of the Republic of Kazakhstan.» A critical assessment was carried out using the AGREE tool and this clinical protocol requires supplementation in several sections (made by the author of the project). In particular, the protocol does not indicate methods for reducing the dislocation in the treatment section. The purpose of the article is to compare the two most common methods of correcting the subluxation of radius head in children from the standpoint of evidence-based medicine with the recommendations for the results obtained in clinical practice. The search was carried out in several databases: MEDLINE, Cochrane library. Electronic search system PUBMED was used to search the database MEDLINE. We can assert that the results of these articles can be taken as a basis, as a method for reducing the subluxation of radius head in children. It can also be recommended for the clinical protocol of “diagnosis and treatment of traumatic dislocations in children of the Republic of Kazakhstan” as a method for reducing the subluxation of radius head. Since the results of these studies correspond to the level of evidence A.

Keywords: comparison, supination - bending, pronation - bending, children, subluxation.

С увеличением возраста и длительности заболевания у пациентов наблюдается достоверное снижение показателей скорости клубочковой фильтрации и преобладает ХБП 3-5 стадии ($p < 0,001$). Снижение функциональной способности почек, сопровождающееся снижением СКФ чаще встречается у пациентов с МС.

Выводы. Выраженное снижение функции почек отмечалось в III стадии ХБП и терминальной стадии, причем эти показатели у женщин были выше, чем у мужчин. Среди больных сахарным диабетом преобладали пациенты с АГ и ожирением. Снижение функциональной способности почек, сопровождающееся снижением СКФ чаще встречается у пациентов с МС.

Ключевые слова: сахарный диабет, скорость клубочковой фильтрации, метаболический синдром, гликолизированный гемоглобин, ожирение.

Введение

Сахарный диабет относится к группе социально-значимых заболеваний, для которых характерна высокая распространенность, постоянная тенденция к росту заболеваемости, хроническое течение, высокая частота развития осложнений [1, 2]. В последние годы рост числа пациентов с заболеванием почек происходит за счет нефропатий вторичного генеза вследствие сахарного диабета (СД) и артериальной гипертензии (АГ), а наличие метаболического синдрома (МС) увеличивает вероятность развития хронической болезни почек (ХБП) не менее чем в 2,6 раза, что является независимым фактором риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний [2]. В настоящее время ХБП и диабетическая нефропатия не разделяются, при этом ведущей характеристикой является скорость клубочковой фильтрации (СКФ) [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек у больных сахарным диабетом.

Методы

В исследование было включено 94 пациента больных сахарным диабетом. Средний возраст пациентов составил $52,4 \pm 0,56$. Среди больных сахарным диабетом мужчин было 28 (29,8%), женщин – 66 (70,2%). Пациентам были выполнены общеклинические исследования, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина, липидный спектр, глюкоза крови, гликолизированный гемоглобин, УЗИ почек. Всем больным проводилась антропометрия уровни артериального давления. Расчет СКФ проводился по формуле СКД-ЕРІ. В диагностике ХБП у больных СД использована классификация хронической болезни почек, по которой ХБП делится на 5 стадий в зависимости от величины СКФ. В среднем, СКФ у больных СД составила $78,04 \pm 1,91$ мл/мин/1,73 м².

Результаты и обсуждение

Характеристика включенных в исследование больных представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, больных с сохранной функцией почек среди наблюдавшихся было всего 34 (36,2%). ХБП с легким снижением СКФ составила 34 (36,2%), т.е. состояние этих больных соответствовало стадии формирования ХБП на фоне сахарного диабета. ХБП с умеренным снижением СКФ (менее 60 мл/мин/1,73 м²) отмечалась у 12 больных (12,8%), со снижением СКФ (менее 45 мл/мин/1,73 м²) – у 8 (8,5%), с выраженной (4 и 5 стадии ХБП) – у 6 (6,4%). Следо-

вательно, у 26 больных (27,7%), более чем четверти, выявлена выраженная почечная недостаточность 3-5 стадии.

Стадии ХБП у больных сахарным диабетом в зависимости от пола составили: I стадия ХБП – у 15 мужчин (53,6%) и 19 женщин (28,8%), II стадия ХБП – у 7 мужчин (25%) и 27 женщин (41%). Снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² (III стадия ХБП) преобладала у женщин – 16 (24,2%), по сравнению с мужчинами – 4 (14,2%). Данное распределение показано в рисунке 1.

Известно что, если у больного СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² – это свидетельствует о возможности развития ХПН при клубочковой фильтрации, эквивалентной гибели более 50% нефронов [2, 6]. При этом креатинин крови еще может находиться в пределах верхней границы нормы. Выраженное снижение функции почек (СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м²) отмечалось у 1 мужчины (3,6%) и 1 женщины (1,5%). Терминальная стадия ХБП преобладала у женщин по сравнению с мужчинами (4,5% и 3,6%, соответственно). В среднем, СКФ у мужчин была $79,8 \pm 2,05$ мл/мин/1,73 м², что достоверно выше, чем у женщин $66,79 \pm 4,74$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$).

Для изучения зависимости значений СКФ от возраста, все включенные в исследование пациенты были разделены на 4 группы (рисунок 2): 1-я группа – 40-49 лет (8 больных), 2-я группа – 50-59 лет (18 больных), 3-я группа – 60-69 лет (29 больных), 4-я группа – старше 70 лет (39 больных).

Стадии ХБП у больных СД в зависимости от возраста составили в группе от 40-49 лет: 1 стадия ХБП – 8,5%. Во 2-й группе от 50-59 лет: 1 стадия ХБП составляет 13,8%, 2 стадия (3,2%), 3 и 5 стадия (1,1%). В 3-й группе от 60-69 лет: 1 стадия ХБП составляет (9,6%), 2 стадия (13,8%), 3 стадия (5,3%) и 5 стадия (2,1%). В 4-й группе от 60-69 лет: 1 стадия ХБП составляет (4,3%), 2 стадия (19,1%), 3 стадия (14,9%), 4 и 5 стадия (1,1%). У больных СД молодого возраста (40-49 лет), т.е. в 1 группе отмечалась ХБП 1 стадии: с нормальной или повышенной СКФ (более 90 мл/мин/1,73 м²). С увеличением возраста ($65,08 \pm 1,05$ лет) у пациентов наблюдается достоверное снижение показателей скорости клубочковой фильтрации и преобладает ХБП 3-5 стадии ($p < 0,001$).

Для определения зависимости СКФ от длительности СД пациенты были распределены в 3 группы. Первую группу составили больные с длительностью

Таблица 1. Стадии ХБП у больных сахарным диабетом

| Стадии | Уровни СКФ и функция почек | Количество пациентов (n /%) | | |
|--------|--|-----------------------------|------------|------------|
| | | мужчины | женщины | всего |
| 1 | С нормальной или повышенной СКФ (более 90 мл/мин/1,73 м ²) | 15 (53,6%) | 19 (28,8%) | 34 (36,2%) |
| 2 | Повреждение почек с легким снижением СКФ (89-60 мл/мин/1,73 м ²) | 7 (25%) | 27 (41%) | 34 (36,2%) |
| 3 А | Умеренное снижение СКФ (59-45 мл/мин/1,73 м ²) | 1 (3,6%) | 11 (16,7%) | 12 (12,8%) |
| 3 В | Снижение СКФ (44-30 мл/мин/1,73 м ²) | 3 (10,7%) | 5 (7,5%) | 8 (8,5%) |
| 4 | Выраженное снижение СКФ (29-15 мл/мин/1,73 м ²) | 1 (3,6%) | 1 (1,5%) | 2 (2,1%) |
| 5 | Почечная недостаточность СКФ(менее 15 мл/мин/1,73 м ²) | 1 (3,6%) | 3 (4,5%) | 4 (4,2%) |

болезни до 5 лет: всего 22 больных, из них мужчин – 4 (14,5%), женщин – 18 (27,3%), вторая группа от 5-10 лет: всего – 22, из них мужчин – 8 (28,6%), женщин – 20 (30,3%), третья группа от 10 лет и более – всего 44, из них мужчин – 16 (57,1%), женщин – 28 (42,4%).

С увеличением длительности СД количество больных, страдающих ХБП, возрастает. Полученные результаты отражены на рис. 3.

Частота ожирения, также как избыточная масса тела, у больных СД была высокой. Нормальная масса тела с ИМТ (18,5-24,5) наблюдалась у 17 человек, что составило 18,1% от общего количества, из них у 5 мужчин (18%) и 12 женщин (18,2%), избыточный вес с ИМТ (25-29,9) у 25 (26,6%), из них – 9 мужчин (32%)

и 16 женщин (24,2%), ожирение с ИМТ (30 и больше) наблюдалось у 52 (55,3%), из них у 14 мужчин (50%) и у 38 женщин (57,6%). У больных СД преобладает избыточный вес и ожирение, по сравнению с нормальной массой тела (p <0,001) (рис.4).

Метаболический синдром (МС) был диагностирован у 63 больных (67%). Среди больных с МС чаще встречались женщины 48 (72,7%), чем мужчины – 15 (53,6%). МС устанавливался при наличии признаков: ИМТ>30 кг/м², ТГ≥1,7 ммоль/л, ХС-ЛВП<1 ммоль/л у мужчин, <1,3 ммоль/л у женщин, САД≥135 мм рт.ст. и/или ДАД≥85 мм рт.ст, глюкоза натощак≥6,1 ммоль/л (табл.2).

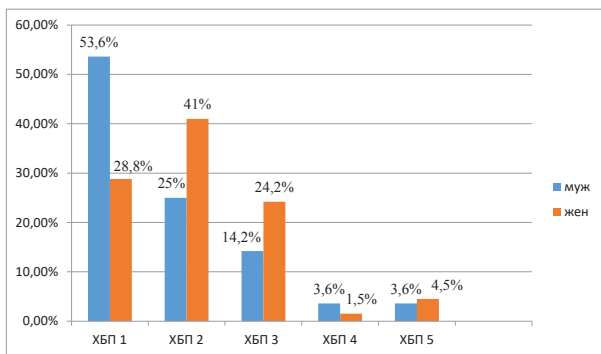


Рисунок 1. Распределение больных по полу в зависимости от стадии ХБП

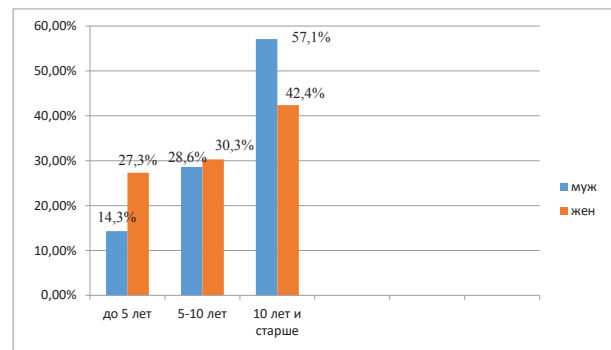


Рисунок 3. Распределение больных сахарным диабетом по длительности заболевания в зависимости от стадии ХБП

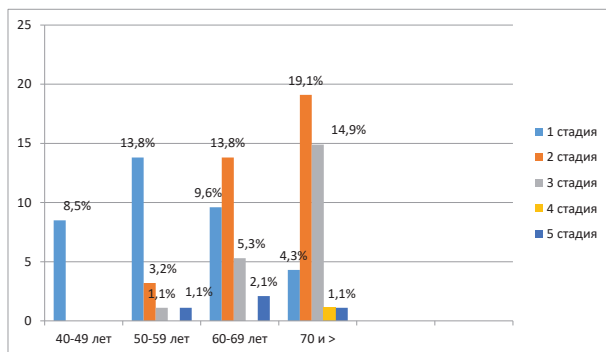


Рисунок 2. Распределение больных СД по возрасту в зависимости от стадии ХБП

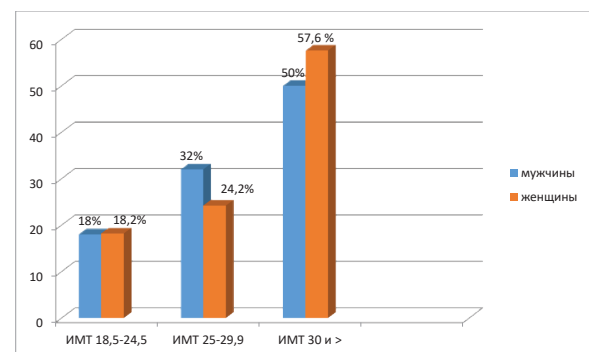


Рисунок 4. Распределение больных сахарным диабетом по индексу массы тела

Таблица 2. Критерии метаболического синдрома у больных сахарным диабетом

| Критерии МС | мужчины | женщины |
|---|-------------|-------------|
| ИМТ > 30 кг/м ² | 14 (50%) | 38 (57,6%) |
| ТГ ≥ 1,7 ммоль/л | 11 (39,2 %) | 23 (34,8 %) |
| ХС-ЛВП < 1 ммоль/л у мужчин, < 1,3 ммоль/л у женщин | 8 (28,5 %) | 28 (42,4 %) |
| САД ≥ 135 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 85 мм рт.ст | 25 (89,3 %) | 63 (95,4 %) |
| Глюкоза натощак ≥ 6,1 ммоль/л | 12 (42,8 %) | 44 (66,7 %) |

Выводы

1. Выраженное снижение функции почек отмечалось в III стадии ХБП (у 24,2% женщин и 14,2% мужчин) и терминальной стадии (у 4,5% женщин и 3,6% мужчин). В среднем, СКФ у мужчин была 79,8±2,05 мл/мин/1,73 м², что достоверно выше, чем у женщин 66,79 ±4,74 мл/мин/1,73 м² (p<0,05).
2. С увеличением возраста и длительности заболевания у пациентов наблюдается достоверное снижение показателей скорости клубочковой фильтрации и преобладает ХБП 3-5 стадии (p<0,001).
3. Снижение функциональной способности почек, сопровождающееся снижением СКФ, чаще встречается у пациентов с метаболическим синдромом.
4. Значения СКФ у больных СД достоверно коррелируют с уровнем АД и показателями липидограммы (повышением ТГ ≥ 1,7 ммоль/л и ХС-ЛВП < 1 ммоль/л у мужчин, < 1,3 ммоль/л у женщин).

Список литературы:

1. Балботкина ЕВ, Баллюзек МВ, Воловникова ВА. и др. Ионорегулирующая и водовыделительная функ-

ции почек при сахарном диабете 2 типа. Сахарный диабет 2016;19(1):64–71.

2. Шестакова МВ. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: современная диагностика и лечение. Вестник РАМН 2012;1:45–49.
3. Motillo S, Filion KB, Genest J et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2010;14(56):1113–32.
4. Chan E, Dellspenger K. Cardiorenal syndrome: the clinical cardiologists perspective. Cardio Renal Med. 2011;1(1):13–22.
5. Добронравов ВА, Галкина ОВ, Зубина ИМ, Смирнов АВ. Клинические факторы, ассоциированные с выявлением ранних стадий ХБП у больных сахарным диабетом. Нефрология 2015;19(6):9–13.
6. Кобалава ЖД. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: Стратегии кардионефропротекции. Российский кардиологический журнал 2014;8:8–36.

ТҮЙІН

А. ӘЖІХАНОВА, А. МЫРЗАТХАН,
Д. ТӨЛЕПОВА, А. ШАКЕНОВА, С. ЫСҚАҚ

**ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН
НАУҚАСТАРДА БҮЙРЕКТІҢ
ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ**

Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Кіріспе. Зерттеу жұмысының мақсаты: қант диабетімен ауыратын науқастарда бүйректің функционалдық жағдайын бағалау.

Материалдар және әдістер: Зерттеуге қант диабетімен ауыратын 94 науқас алынды. Науқастардың орташа жасы 52,4±0,56. Қант диабетімен ауыратын науқастардың арасында ерлер 28 (29,8%), әйелдер – 66 (70,2%). Шумақтық фильтрация жылдамдығы (ШФЖ) СКД-ЕПИ формуласы бойынша есептелінді.

Нәтижелері: Ерлермен салыстырғанда әйелдерде БСА III сатысы (сәйкесінше 14,2% және 24,2%) және БСА терминалды сатысы (сәйкесінше 3,6% және 4,5%) басымырақ (p<0,05). Науқастардың жасы мен

SUMMARY

A. AZHIKHANOVA, A. MYRZATKHAN,
D. TOLEPOVA, A. SHAKENOVA, S. YSKAK

**EVALUATION OF THE KIDNEYS FUNCTIONAL
CONDITION IN PATIENTS WITH DIABETES**

National Medical University, Almaty, Kazakhstan

Purpose: to assess the kidneys functional state in patients with diabetes.

Materials and methods. During the study, 94 patients with diabetes were examined. The average patients age is 52.4 ± 0.56 years. Among them, there are 28 (29.8%) men and 66 women (70.2%) with diabetes. The glomerular filtration rate was calculated using the CKD-EPI formula.

Results and discussion: stage III in women is prevailing compared with men: CKD (24.2% and 14.2%, respectively) and the terminal stage of CKD (4.5% and 3.6%, respectively) (p < 0,05). The older the age and duration of the disease in patients, the less glomerular filtration rate is observed and CKD of 3-5 stage prevails (p < 0,001). Commonly in patients with MS, a decrease in the kidneys func-

ауыру ұзақтығы артқан сайын шумақтық фильтрация жылдамдығының төмендеуі байқалады және БСА 3-5 сатысы басымырақ кездеседі ($p < 0,001$). ШФЖ төмендеуімен жүретін бүйректің функционалдық жағдайының төмендеуі МС бар науқастарда жиі кездеседі.

Қорытынды: Бүйрек функциясының айқын төмендеуі БСА III және терминалды сатыларында байқалды, сондай-ақ бұл көрсеткіштер әйелдерде ерлерге қарағанда жоғары болды. Қант диабетімен ауыратын науқастар арасында АГ және семіздігі бар науқастар басымырақ. ШФЖ төмендеуімен жүретін бүйректің функционалдық жағдайының төмендеуі МС бар науқастарда жиі кездеседі.

Негізгі сөздер: қант диабеті, шумақтық фильтрация жылдамдығы, метаболикалық синдром, гликолизирленген гемоглобин, артериалды гипертензия, семіздік.

tional ability is accompanied by a decrease in GFR.

Conclusion. A marked reduction in renal function was observed in CKD of stage III and in terminal stage, and these indicators were higher in women than in men. Patients with hypertension and obesity were prevailing among patients with diabetes. A decrease in the kidneys functional ability accompanied by a decrease in GFR is more common in patients with MS. .

Keywords: diabetes mellitus, glomerular filtration rate, metabolic syndrome, glycolated hemoglobin, obesity.

УДК 616.381-002-08

МРНТИ 76.29.29

Л.Р. БАЙБУЛАТОВА¹, Э.А. БАКИЕВА²

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

¹Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

²Городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова, Оренбург, Россия

Научные руководители: О.Б. Нузова, Р.Р. Файзулина

Цель данного исследования – улучшить результаты лечения больных с распространенным вторичным перитонитом, так как перитонит угрожает жизни пациента и может привести к летальному исходу.

Методы: клиническое исследование охватило 39 больных с распространенным вторичным перитонитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова с 2017 по 2018 гг.

Результаты. Большинство поступивших больных были мужчины. Отмечается поздняя обращаемость за медицинской помощью (от 4 до 24 часов обращаемость составила 38,5%, позже 24 часов – 46,1%). У большинства больных перитонит был вызван перфорацией и деструкцией органов брюшной полости. У 82% больных встречалась сопутствующая патология. Всем пациентам проведено клиническое обследование, использовали лабораторные и инструментальные методы диагностики. У 25,6% больных наблюдали атипичность клинических проявлений и невыраженность перитонеальных симптомов. У 84,6% больных УЗИ органов брюшной полости было информативным. Основным принципом лечения, согласно рекомендациям российского общества хирургов, особенно у больных в крайне тяжелом состоянии, была стратегия source control – «контроль источника перитонита», подразумевающий этапное хирургическое лечение перитонита. Первым этапом выполняли ликвидацию источника перитонита и санацию брюшной полости, откладывая реконструктивный этап на последующее вмешательство после стабилизации состояния больного. Летальность составила 15,4%. Причинами были поздняя обращаемость и развитие полиорганной недостаточности. Необходимо в течение ближайших часов использовать весь комплекс диагностических мероприятий, так как эффективность лечения зависит от ранней диагностики.

Ключевые слова: распространенный вторичный перитонит, source control, Damage control, диагностика и лечение перитонита, клинические проявления перитонита, летальность.

Актуальность

Проблема лечения распространенного гнойного перитонита остается одной из самых

сложных в абдоминальной хирургии. Перитонит – жизнеугрожающая ургентная абдоминальная патология, развивающаяся вследствие воспаления

париетального и висцерального листков брюшины. Воспалительно-деструктивные заболевания органов брюшной полости служат наиболее (до 80%) частой причиной различных форм перитонита, представляющего собой, за редким исключением, осложнение местных, органных инфекционно-воспалительных процессов в абдоминальном отделе пищевода, желудке, двенадцатиперстной кишке, желчных путях, различных отделах тонкой и толстой кишок, червеобразном отростке, печени, поджелудочной железе, а также в органах малого таза у женщин. При этом на долю перфораций желудка и двенадцатиперстной кишки приходится приблизительно 30%, деструктивного аппендицита – 22%, поражений толстой кишки – 21%, тонкой кишки – 13%. Особые группы составляют пациенты с последствиями ранений и закрытых травм органов живота, а также с послеоперационными осложнениями – несостоятельностью анастомозов и ятрогенными повреждениями полых органов. Перитонит быстро прогрессирует и уже в ранние сроки может привести к развитию абдоминального сепсиса и септического шока [1].

Существующие на сегодняшний день лечебные алгоритмы основаны на ретроспективном изучении данной патологии. Не существует базы рандомизированных клинических исследований из-за тяжелого состояния пациентов, разнородных причин перитонита. Летальность при нем остается одной из самых высоких среди других urgentных абдоминальных патологий и достигает 30-40%. Прогрессирующее развитие нагноительного процесса в замкнутой, анатомически сложной полости живота, быстрый рост интоксикации и обусловленные этим серьезные нарушения гемодинамики и дыхания, резко нарушенный метаболизм, чрезвычайно осложняет лечение гнойного перитонита. Отсюда и высокие показатели летальности. Еще выше статистика летальности при разлитом гнойном перитоните у пациентов, поступающих в стационар в тяжелом состоянии и исходно требующих госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. В этой группе она достигает 70% в период наблюдения до 4 месяцев [2].

Сохраняется тенденция к увеличению числа больных с острыми хирургическими заболеваниями, травмами органов брюшной полости, которые сопровождаются распространенным гнойным перитонитом. Несмотря на постоянное совершенствование хирургических вмешательств, интенсивной терапии перитонита, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения больных с распространенным вторичным перитонитом.

Материалы и методы исследования

На базе ГАУЗ ГКБ имени Н.И. Пирогова г. Оренбурга было проведено сплошное ретроспективное исследование случаев распространенного перитонита с

2017 по 2018 годы. В качестве материала было выбрано 39 историй болезни пациентов с распространенным перитонитом, поступивших в хирургические отделения за указанный период.

Результаты исследования

Большинство поступивших больных были мужчины – 28 (71,8%), женщин – 11 (28,2%). Средний возраст составил 30-60 лет – 26 больных (66,7%). У большинства больных перитонит был вызван перфорацией и деструкцией органов брюшной полости. У 32 (82%) встречалась сопутствующая патология. До четырех часов от начала заболевания поступило 6 человек (15,4%), от 4 до 24 часов – 15 пациентов (38,5%), позже 24 часов – 18 (46,1%). У 10 (25,6%) больных наблюдали атипичность клинических проявлений и невыраженность перитонеальных симптомов. Это наблюдали у пациентов пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Среди 39 пациентов 29 (74,4%) было госпитализировано в состоянии средней степени тяжести, 10 (25,6%) в тяжелом состоянии. Из них 10 (25,6%) пациентов поступили с разлитым серозно-геморрагическим перитонитом, 2 (5,1%) с разлитым серозным перитонитом, 11 (28,2%) с разлитым серозно-фибринозным, 2 (5,1%) с разлитым геморрагическим перитонитом, 3 (7,7%) с разлитым гнойно-фибринозным, 4 (10,2%) с разлитым гнойным перитонитом, гнойный пельвиоперитонит – 1 (2,6%), асцит-перитонит – 1 (2,6%), разлитой каловый – 2 (5,1%), разлитой идиопатический – 1 (2,6%), разлитой желчный – 1 (2,6%), 1 (2,6%) с разлитым желчно-фибринозным перитонитом.

Первичный перитонит наблюдался в 1 случае (2,6%), у больного с циррозом печени. В остальных 38 (97,4%) случаях – вторичный перитонит, причинами которого были смешанный панкреонекроз – 14 (35,9%) пациентов, некротическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 11 (28,2%), кишечная непроходимость – 4 (10,2%), гангренозный аппендицит – 3 (7,7%), опухолевые образования – 3 (7,7%), ЖКБ – 2 (5,1%), острый тромбоз мезентериальных сосудов – 1 (2,6%).

Всем пациентам проведено клиническое обследование, использовали лабораторные, инструментальные методы диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография живота, в сомнительных случаях использовали КТ и лапароскопию). У 34 (87,2%) больных в общем анализе крови при поступлении был лейкоцитоз. У 33 (84,6%) пациентов УЗИ – органов брюшной полости было информативным. При рентгенологическом исследовании у 11 (28,2%) человек был обнаружен газ под правым куполом диафрагмы – признак кишечной непроходимости.

При проведении бактериального посева в 27 (69,2%) случаях была высеяна Гр «+» флора (*St. epidermidis*), в 12 (30,8%) – Гр «-» (*E. coli*, *Kl. oxytoca*, *Pr. mirabilis*, *Citr. diversus*).

Всем пациентам перед операцией проведена инфузионно-трансфузионная терапия и периоперационная антибиотикотерапия.

Основным принципом лечения, согласно рекомендациям РОХ, особенно у больных в крайне тяжелом состоянии, была стратегия source control – «контроль источника перитонита», подразумевающий этапное хирургическое лечение перитонита.

Source control подразумевает радикальное устранение источника вторичного перитонита. Конечная цель данной стратегии состоит в полной ликвидации патоморфологического субстрата источника, способного создавать почву для инфекционного процесса и поддерживать его в виде персистирующей, рецидивирующей либо «наслаивающейся» инфекции («суперинфекции»). Следует заметить, что в ходе реализации принципа source control иногда также приходится решать задачу по ограничению объема первичного хирургического вмешательства. Так бывает, если первичная операция по устранению источника перитонита, имеющая воспалительно-деструктивную природу, выполняется на фоне развивающегося септического шока или его реальной угрозы. Согласно данной стратегии в случае крайне тяжелого состояния и гемодинамической нестабильности пациента первым этапом выполняли ликвидацию источника перитонита и санацию брюшной полости, откладывая реконструктивный этап на последующее вмешательство после стабилизации состояния больного [3].

Кроме source control используется идеология тактики «Damage control», то есть «контроль повреждения». Термин «Damage control» – контроль повреждений был введен в обращение M.Rotondo с соавт. (1993) для обозначения систематизированного этапного хирургического лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота и геморрагическим шоком. Тяжесть состояния этих пострадавших, развитие необратимых органных нарушений на фоне декомпенсированного геморрагического шока, дополнительной интраоперационной кровопотери и хирургического вмешательства обусловили разработку стратегии этапного лечения. Цель предлагаемой («редуцированной», сокращенной) тактики на первом этапе состоит только в остановке внутрибрюшного кровотечения и предупреждении контаминации брюшной полости, а после стабилизации состояния в условиях отделения интенсивной терапии, выполняется окончательный, завершающий реконструктивно-восстановительный этап [4].

Оперативное лечение было проведено в день поступления у 20 (51,3%) пациента, на следующие сутки – 13 (33,3%), до трех суток – 5 (12,8%), на седьмые сутки – 1 (2,6%).

У 10 (25,6%) пациентов после проведенного лечения наблюдалось развитие осложнений. Среди них у 6 (15,4%) наблюдался летальный исход в результате развития полиорганной недостаточности и

интоксикации. У этих больных отмечалась пролангация оперативного вмешательства (от 1 до 14 суток) и невыраженность симптоматики, так как высокий средний возраст (72 года), поступали в тяжелом состоянии, отмечалось ожирение второй степени в 50% случаев, УЗИ было неинформативным. У остальных 4 пациентов: образование наружного кишечного свища – 2 (5,1%), внутрибрюшинные спайки – 2 (5,1%).

Обсуждение результатов

Перитонит – это жизнеугрожающая ургентная абдоминальная патология, развивающаяся вследствие воспаления париетального и висцерального листков брюшины в результате нарушения герметичности пищеварительного тракта, гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости и травматических повреждений живота.

Перитонит – это быстро прогрессирующее патологическое состояние, приводящее в ранние сроки к абдоминальному сепсису и к септическому шоку [2].

Больше всего среди больных с распространенным вторичным перитонитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова с 2017 по 2018 гг., были мужчины – 28 (71,8%), средний возраст составил 30-60 лет – 26 больных (66,7%). В основном пациенты госпитализировались в состоянии средней степени тяжести – 29 (74,4%), позже 24 часов от начала заболевания – 18 (46,1%). Определяющее значение в лечении пациентов с перитонитом имеет временной фактор. Задержка хирургического лечения зачастую фатальна для пациента в связи с быстрым прогрессированием интоксикации и полиорганной недостаточности. У 10 (25,6%) больных пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией наблюдали атипичность клинических проявлений и невыраженность перитонеальных симптомов. Наиболее часто встречаемыми формами перитонита были разлитой серозно-геморрагический – 10 (25,6%) и разлитой серозно-фибринозный – 11 (28,2%). В 38 (97,4 %) случаях был вторичный перитонит, причинами которого в основном был смешанный панкреонекроз – 14 (35,9%) пациентов. Вторичный перитонит развивается в результате перфорации полого органа или гнойно-деструктивных изменений органов брюшной полости. В неотложной абдоминальной хирургии подавляющее большинство перитонитов носит вторичный характер, являясь осложнением острых хирургических заболеваний или травмы внутренних органов. В этой группе отдельно выделяют послеоперационный перитонит из-за его многогранности и особенностей хирургической тактики. Он развивается после вмешательств, выполненных не по поводу перитонита [1, 3].

В результате проведенных обследований у 34 (87,2%) больных в общем анализе крови при поступлении был лейкоцитоз, у 33 (84,6%) пациентов УЗИ – органов брюшной полости было информативным. При рентгеноисследовании у 11 (28,2%) человек были обнаружены признаки кишечной непроходимости.

Общеизвестно значение бактериального фактора в этиологии перитонита. Вид и вирулентность микроорганизмов во многом определяют особенности патогенеза, клиническую картину и исход заболевания. В большинстве случаев при перитоните отмечается полимикробный характер инфекции. Так в нашем исследовании при проведении бак. посева в 27 (69,2%) случаях была высеяна Гр «+» флора (*St. epidermidis*), в 12 (30,8%) – Гр «-» (*E. coli*, *Kl. oxytoca*, *Pr. mirabilis*, *Citr. diversus*).

Основным принципом лечения данных пациентов, особенно у больных в крайне тяжелом состоянии, была стратегия source control – «контроль источника перитонита», подразумевающий этапное хирургическое лечение перитонита и радикальное устранение его источника. Оперативное лечение было проведено в день поступления у большинства пациентов – 20 (51,3%).

У 4 пациентов наблюдалось развитие осложнений: образование наружного кишечного свища – 2 (5,1%), внутрибрюшинные спайки – 2 (5,1%). У 6 пациентов (15,4%) был летальный исход в результате развития полиорганной недостаточности и интоксикации, так как у данных больных отмечалась пролангация оперативного вмешательства (от 1 до 14 суток) и невыраженность симптоматики из-за высокого среднего возраста (72 года), тяжелого состояния, ожирения второй степени в 50% случаев, неинформативного УЗИ.

Выводы

Перитонит остается одним из самых грозных осложнений в абдоминальной хирургии, несмотря на прогресс в развитии анестезиологии и реаниматологии, постоянное расширение возможностей лекарственной терапии и совершенствование техники оперативного вмешательства. Летальность при этом заболевании колеблется от 30 до 40% и не имеет тенденции к снижению. Причины высокой летальности при распространенном перитоните весьма разнообразны. Прежде всего, надо отметить позднюю обращаемость пациентов к врачу, увеличение возраста пациентов, появление высоковирулентной антибиотикорезистентной микрофлоры. Сохраняющаяся высокая летальность при распространенном перитоните во многом сопряжена с тяжелым течением заболевания, обусловленным сложной цепью функциональных и морфологических изменений со стороны отдельных органов, систем и организма в целом. Эти изменения находятся в постоянной диалектической взаимосвязи, дополняя друг друга в зависимости от соотношения факторов микробной агрессии и защитных сил макроорганизма в тот или иной момент развития перитонита.

Полиэтиологичность перитонита, полиморфизм клинических проявлений, вовлечение в патологический процесс большого количества органов и систем обуславливают значительные трудности в лабораторной диагностике ведущих звеньев патогенеза заболевания и, тем самым, в выборе рациональной тактики лечения. Даже радикальное удаление источника перитонита и тщательная хирургическая санация брюшной полости во время первичного оперативного вмешательства не всегда обеспечивают надежное купирование воспалительного процесса.

Системный подход к объективной оценке состояния больного, а также стандартизация лечебно-диагностических мероприятий позволят обеспечить своевременность выполнения диагностических процедур, определяя объективно обоснованные показания к методам коррекции ведущих патологических состояний, то есть к проведению этиологически направленной и патогенетически обоснованной терапии распространенного перитонита с учетом индивидуальных особенностей его течения [5].

Учитывая позднюю обращаемость за медицинской помощью и атипичность клинических проявлений у ряда больных, необходимо в течение ближайших часов использовать весь комплекс диагностических мероприятий, так как эффективность лечения зависит от ранней диагностики.

Список литературы:

1. Савельев ВС. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада – X., 2004;640.
2. Затевахин ИИ, Кириенко АИ, Сажин АВ. Неотложная абдоминальная хирургия: методическое руководство для практикующего врача. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018;488.
3. Савельев ВС, Гельфанд БР, Филимонов МИ. Перитонит. М.: Литера, 2006;208.
4. Багдасарова ЕА, Багдасаров ВВ, Чернооков АИ. Перитонит и внутрибрюшное давление: учебное пособие. М.: 2015;92.
5. Коротаев АЛ. Системный подход в диагностике механизмов эндогенной интоксикации при перитоните: автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 2005;4.

ТҮЙІН

Л.Р. БАЙБУЛАТОВА¹, Э.А. БАКИЕВА²ЖАЙЫЛМАЛЫ ПЕРИТОНИТТІҢ ЕМДЕЛУ
ЕРЕКШЕЛІГІ¹Орынбор мемлекеттік медицина университеті,
Орынбор, Ресей²Н.И. Пирогов атындағы қалалық клиникалық
ауруханасы, Орынбор, Ресей

Кіріспе. Зерттеудің мақсаты – перитониттің науқастардың денсаулығына қауіпті және өлімге алып келу мүмкіндігінің болуына байланысты, жайылмалы екіншілік перитонитке ие науқастардың емделу нәтижесін жақсарту.

Зерттеу әдісі: клиникалық зерттеу 2017 жылдан 2018 жылға дейін Н.И. Пирогов атындағы қалалық клиникалық аурухананың хирургия бөлімінде ем қабылдаған жайылмалы екіншілік перитониті бар 39 науқасты қамтыды. Медициналық көмекке кеш қаралатындары байқалады (4 тен 24 сағатқа дейін қаралу деңгейі 38,5 %, кеш уақытта 24 сағатта - 46,1 %). Науқастардың басым бөлігінде перитонит құрсақ ішілік перфорациямен және деструкциямен шақыртылған. 82% науқаста осыған сәйкес патология тіркелді. Барлық науқастарға лабораторлық және инструментальды әдіс қолдану арқылы клиникалық зерттеу жүргізілді. 25,6% науқаста клиникалық ауытқулар қадағаланып, перитониальды симптомдар анықталмады. 84,6% науқаста құрсақ ішілік органдарды УДЗ өткізілді. Емдеудің негізгі ұстанымы, әсіресе өте ауыр жағдайдағы науқастарды емдеуде, перитониттің хирургиялық емдеу этаптарын көрсетуші source control стратегиясы – «перитониттің даму көзін бақылау», ресей хирургтары қоғамының ұсынысымен келісе отырып жүргізілді. Бірінші этапта перитониттің шығу көзін жойып және іш қуысының санациясы жасалды, науқастың денсаулық жағдайы қалыпты болғанға дейін келесі этап кейінге қалдырылды. Өлім көрсеткіші 15,4 %. Себептері - медициналық көмекке кеш қаралу және ішкі органдардың дұрыс жетілмеуі. Емдеудің нәтижелі болуы ерте диагностикамен байланысты болғандықтан, алғашқы сағаттарында топтастырылған диагностикалық іс-шараларды ұйымдастыру маңызды.

Негізгі сөздер: жайылмалы екіншілік перитонит, source control, Damage control, перитониттің диагностикасы мен емі, перитониттің клиникалық көріністері, өлім-жітім.

SUMMARY

L.R. BAYBULATOVA¹, E.A. BAKIYEVA²FEATURES OF DIFFUSE PERITONITIS
TREATMENT¹Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia²N.I. Pirogov City Clinical Hospital, Orenburg, Russia

Purpose: to improve the results of treatment of patients with advanced secondary peritonitis, since peritonitis threatens the patient's life.

Materials and methods: a clinical study covered 39 patients with advanced secondary peritonitis who were treated in the surgical wards of N.I. Pirogov City Clinical Hospital from 2017 to 2018.

Results. Most of the patients were men. There is a late appeal for medical help (from 4 to 24 hours, attendance was 38.5%, after 24 hours - 46.1%). In most patients, peritonitis was caused by perforation and destruction of the abdominal organs. In 82% of patients, comorbidities was occurred. All patients underwent clinical examination. Laboratory and instrumental diagnostic methods are used. In 25.6% of patients, atypical clinical manifestations and non-manifestation of peritoneal symptoms were observed. In 84.6% of patients, ultrasound of the abdominal organs was informative. The basic principle of treatment according to the recommendations of the Russian society of surgeons, especially for patients in critical condition, was the source control strategy - "control of the source of peritonitis" implying a staged surgical treatment of peritonitis. The first step was the elimination of the peritonitis source and the reorganization of the abdominal cavity, postponing the reconstructive stage for subsequent intervention after stabilization of the patient's condition. Mortality is 15.4%. The reasons were the late negotiability and the development of multiple organ failure. It is necessary in the next few hours to use the full range of diagnostic measures, since the effectiveness of treatment depends on early diagnosis.

Keywords: diffuse secondary peritonitis, source control, Damage control, diagnosis and treatment of peritonitis, the clinical manifestations of peritonitis, mortality.

УДК 616.831-005.4

МРНТИ 76.29.51

Т.Б. БАЙЖЕКЕНОВ, А.О. БАЙЗУЛЛИНА, Г.М. САДЫКОВА

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Научный руководитель: Г.М. Садыкова

Цель исследования. Проанализировать частоту факторов риска острого нарушения мозгового кровообращения.

Методы. В исследовании представлен ретроспективный анализ историй болезней госпитализированных пациентов с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения». Изучено 1357 случаев госпитализации пациентов с инсультом в БСМП города Актобе (2017-2018 гг.). Определены женщины и мужчины с инсультом, их возрастная категория и преобладание типов инсульта (ишемический и геморрагический), частота срока госпитализации по времени года (весна, лето), превалирование сопутствующих диагнозов у женщин и мужчин. Результаты исследования. По результатам исследования в группе больных преобладают 778 женщин (58%). Тогда как мужчины составили 579 (42%). Среди относительно молодых пациентов с инсультом 591, где из них, больше мужчин (341). В возрасте 41-60 лет (416 пациентов) равное число лиц обоего пола: 238 и 178 соответственно.

Пациенток женщин старше 60 лет отмечено намного больше (38%). Среди лиц с геморрагическими инсультами женщины преобладают во всех возрастных группах. Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) ишемического типа чаще госпитализировались летом, а с ОНМК геморрагического типа, весной. В анамнезе у женщин значительно чаще выражены были мерцательная аритмия и сахарный диабет, мужчин - курение и инфаркт миокарда. Частота артериальной гипертензии, мерцательной аритмии, инфаркта миокарда, сахарного диабета с возрастом закономерно возрастает. У больных с повторным ОНМК чаще отмечаются такие факторы риска, как сопутствующая кардиоваскулярная патология и инфаркт миокарда в анамнезе.

Таким образом, полученные результаты ретроспективного анализа при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) у стационарных больных различных возрастных групп неврологического отделения БСМП города Актобе показывают, что в целом преобладают – женщины. Проанализированы истории болезни 1357 больных (579 мужчин и 778 женщин в возрасте от 35 до 89 лет) с острым нарушением мозгового кровообращения. Выявлены различные контролируемые и неконтролируемые факторы риска и их влияние на течение заболевания.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, ишемический тип инсульта, геморрагический тип инсульта, инвалидность.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) часто приводит к инвалидизации человека в обществе. Не секрет, что многие пациенты с перенесенным инсультом, чаще всего в силу своего недуга, остаются сами по себе, один на один. Отсюда и проблемы не только социального характера, но и решается судьба семьи в целом. Согласно информации РЦРЗ РК по исполненным мероприятиям дорожной карты проекта «Создание службы общественного здравоохранения (СОЗ) и развитие межсекторального взаимодействия» по итогам за 8 месяцев 2017 года разработаны инфокоммуникационные материалы на государственном и русском языках по различным аспектам рационального питания и здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний для размещения в социальных сетях, контекстной рекламе и других видах социального маркетинга. В настоящее время в Казахстане проводится 6 скринингов, из них: осмотр взрослого населения в возрасте 30-70 лет на раннее выявление артериальной гипертензии, ишемической

болезни сердца, сахарного диабета. В 87,5% причинами бремени хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) являются 4 основных фактора риска: высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя. При подготовке нашей работы потребовалось изучить ситуацию по острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) [1-4]. Основными причинами преждевременной смертности являются четыре группы заболеваний, на долю которых приходится более 80% случаев смертей, а именно: болезни системы кровообращения, в том числе ишемическая болезнь сердца, инсульты; заболевания дыхательной системы, в том числе хроническая обструктивная болезнь легких; онкологические заболевания и внешние причины (травмы и отравления) [2-6]. Ряд исследователей (Нигерия) отметили, что по результатам многих исследований отмечена высокая частота афазии после инсульта, как в Нигерии, так и других странах, в связи с чем, ими апробирована интервенционная программа через когнитивно-поведенческую языковую терапию

(КПЯТ). Вмешательство КПЯТ значительно уменьшило афазию больных после инсульта и речевые, бесполезные мысли и верования среди этих пациентов, подвергшихся воздействию лечения, по сравнению с контрольной группой [7]. Cho D.R. и Lee S.H. [8] обратили внимание на то, что различные методы реабилитации пациентов с инсультом могут быть действенными и продуктивными для дальнейшей жизнедеятельности и пребывания в стационаре. Экспериментальная группа проводила обучение виртуальной реальности, в том числе с помощью компьютеризированной когнитивной терапии, а контрольная группа – компьютеризированную когнитивную терапию. Обе группы тренировались по 30 минут в день 5 раз в неделю; вмешательство длилось 4 недели. Для оценки улучшения в каждой группе до и после проводилась тестовая оценка с использованием когнитивной оценки трудотерапии Левенштейна и компьютеризированного нейрокогнитивного функционального теста для когнитивной функции, а также функциональной независимой меры для повседневной деятельности. Внимание и память в когнитивной функции и активности повседневной жизни улучшены в обеих группах. В свою очередь, Lee G. [9] провел у пациентов с хроническим инсультом горизонтальную вибрацию тела для определения улучшения походки в течении 6-ти недель по 30 минут для определения статического баланса и походки. К сожалению явных положительных результатов динамики не отмечено у этой группы больных с инсультом. Функциональные нарушения верхних конечностей являются распространенными последствиями инсульта. Поэтому необходимо постоянное исследование эффективных вмешательств на функции верхних конечностей после инсульта. Сегментарная мышечная вибрация (СМВ) является одним из вмешательств, которые включают сенсорную стимуляцию для улучшения моторной кортикальной возбудимости. Annino G., Alashram A.R., Alghwiri A.A. и др. [10] изучили влияние 5-минутного применения СМВ наряду с контролируемой физиотерапией (КФТ) на улучшение повседневной жизнедеятельности и двигательного восстановления на гемипарез верхней конечности у больных с инсультом. Пациенты значительно улучшили прочность мышц локтя. Однако мышечный тонус в локтевом суставе гемиплегической верхней конечности значительно улучшился только после СМВ в экспериментальной группе.

Методы

В исследовании представлен ретроспективный анализ историй болезней госпитализированных пациентов с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения». Изучено 1357 случаев госпитализации пациентов с инсультом в БСМП города Актобе (2017-2018 гг.). Определены женщины и мужчины с инсультом, их возрастная категория и преобладание типов инсульта (ишемический и

геморрагический), частота срока госпитализации по времени года (весна, лето), превалирование сопутствующих диагнозов у женщин и мужчин.

Результаты исследования

По результатам исследования в группе больных преобладают 778 женщин (58%). Тогда как мужчины составили 42% – 569 (Рис 1.). Среди относительно молодых пациентов с инсультом 591, где из них, больше мужчин (341). В возрасте 41-60 лет (416 пациентов) равное число лиц обоего пола: 238 и 178, соответственно.

Пациенток старше 60 лет отмечено намного больше (38%) (Рис 2.). Среди лиц с геморрагическими инсультами женщины преобладают во всех возрастных группах. Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) ишемического типа чаще госпитализировались летом, а с ОНМК геморрагического типа, весной. В анамнезе у женщин значительно чаще выражены были мерцательная аритмия и сахарный диабет, мужчин – курение и инфаркт миокарда. Частота артериальной гипертензии, мерцательной аритмии, инфаркта миокарда, сахарного диабета с возрастом закономерно возрастает. У больных с повторным ОНМК чаще отмечаются такие факторы риска, как сопутствующая кардиоваскулярная патология и инфаркт миокарда в анамнезе.

ОНМК среди женщин и мужчин

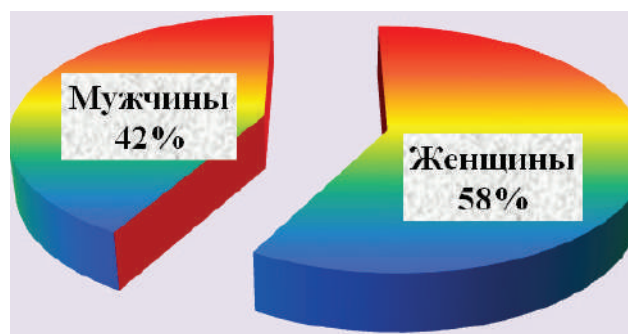


Рисунок 1. Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения среди женщин и мужчин

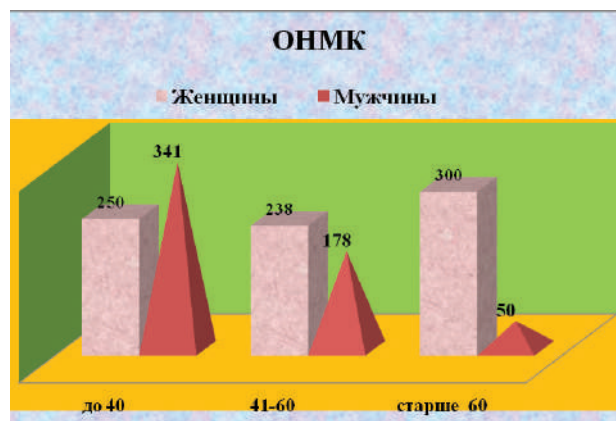


Рисунок 2. Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения в возрастной категории

Обсуждение результатов

По данным исследования этиологических особенностей и факторов риска развития повторного ишемического инсульта, оценка уровня качества жизни больных с данной патологией не оставляет возможности для дальнейшего нормального функционирования в социальном статусе. По литературным источникам выявлено, что повторный инсульт протекает более тяжело, чаще сопровождается грубой инвалидизацией больных с частичным и не полным восстановлением организма. Заболеваемость повторным инсультом и смертность от него намного выше у больных, не принимавшие регулярно лекарственные средства: антигипертензивные и антитромбоцитарные. Обоснована необходимость вторичной профилактики инсульта, которая уменьшает риск повторного нарушения мозгового кровообращения, ведущая к неминуемой смерти. Необходимо учитывать причинно-следственные связи между образом жизни и проводить раннюю диагностику не только на уровне ПМСП, но и на уровне соответствующих коллективов: проводить разминки между занятиями, дыхательную гимнастику для предотвращения развития одних из признаков ОНМК. Тогда как выявленные больные с ОНМК должны на регулярной основе оградить себя от повторных симптомов начала различных заболеваний. В свою очередь система ПМСП сможет функционировать в качестве трамплина для профилактики ХНИЗ. Работники ПМСП (врачи, медицинские сестры, волонтеры) и просто жители сообщества обеспечат всесторонний и постоянный ответ на большую часть потребностей населения в области здравоохранения. А также заниматься профилактикой различных заболеваний посредством эффективных мер, направленных на укрепление здоровья граждан. Сердечно-сосудистые, респираторные и раковые заболевания являются тремя главными причинами смертности в Казахстане. Этих заболеваний и ряда других ХНИЗ можно избежать при эффективно функционирующей деятельности ПМСП, путем улучшения предоставления медицинских услуг с выработкой комплекса мер, направленных на создание благоприятных условий в пользу здорового образа жизни. Усиления профилактической направленности, повышения информированности населения с целью снижения факторов риска при тех или иных заболеваниях, обеспечения условий для здорового питания и физической активности, укрепления межведомственного взаимодействия ПМСП с другими службами, а также экономической поддержкой государства (из проекта РЦРЗ РК от 29 декабря 2018 года).

Выводы:

1. К факторам риска по ОНМК у женщин следует учитывать возраст с 40 лет;
2. Профилактика переутомления у женщин среднего возраста с ОНМК и их ранняя госпитализация на подозрение с признаками геморрагического инсульта;

3. Профилактика переутомления у лиц молодого возраста и пропаганда здорового образа жизни;
4. Ранняя профилактика ХНИЗ с учетом осенне-зимнего периода года;
5. Населению быть заинтересованным в реализации принципов рационального питания и прохождении ежегодных профилактических осмотров на раннее выявление артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов в работу: Байжекенов Т.Б., Байзуллина А.О., Садыкова Г.М. – разработка протокола исследования, сбор и формирование базы данных и их статистическая обработка, подготовка к публикации.

Байжекенов Т.Б., Байзуллина А.О., Садыкова Г.М. – экспертная оценка протокола исследования, контроль качества сформированной базы данных, оценка полученных результатов и подготовка публикации. Финансирование не имело спонсорской поддержки. Выполнение настоящего исследования проведено в рамках годовой работы Центра Семейной медицины в исследовании первичной помощи.

Список литературы:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016 – 2019 годы».
2. OECD (2018), Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264292895-ru>.
3. Алма-Атинская декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 1978 год.
4. Астанинская декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 2018 год.
5. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 10 января 2018 г. http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-n-nazarbaeva-narodu-kazahstana-10-yanvary-2018-g.
6. The Lancet, Volume 392, Issue [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30699-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30699-8/fulltext).
7. Akabogu J, Nnamani A, Otu MS, Ukoha E, Uloh-Bethels AC, Obiezu MN, Ike CV, Iyekekpolor OM, Omile JC, Dike AE. Efficacy of cognitive behavior language therapy for aphasia following stroke: Implications for language education research. *Medicine (Baltimore)* 2019 May;98(18):e15305. DOI: 10.1097/MD.00000000000015305.
8. Cho DR, Lee SH. Effects of virtual reality immersive training with computerized cognitive training on cognitive function and activities of daily living performance in patients with acute stage stroke: A preliminary randomized controlled trial. *Medicine (Bal-*

- timore) 2019 Mar;98(11):e14752. DOI: 10.1097/MD.00000000000014752.
9. Lee G. Whole-Body Vibration in Horizontal Direction for Stroke Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci Monit* 2019 Mar 2;25:1621-1628. DOI: 10.12659/MSM.912589.
10. Annino G, Alashram AR, Alghwiri AA, Romagnoli C, Messina G, Tancredi V, Padua E, Mercuri NB. Effect of segmental muscle vibration on upper extremity functional ability poststroke: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2019 Feb;98(7):e14444. DOI: 10.1097/MD.00000000000014444.

ТҮЙІН

Т.Б. БАЙЖЕКЕНОВ, А.О. БАЙЗУЛЛИНА,
Г.М. САДЫКОВА

МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖІТІ БҰЗЫЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖИІЛІГІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Мақсаты: Жедел цереброваскулярлық жағдайдағы тәуекел факторларының жиілігін талдау.

Зерттеудің әдістері мен міндеттері. Зерттеуде ми қанайналымының жіті бұзылысы диагнозымен ауруханаға жатқызылған науқастардың ауру тарихының ретроспективті талдауы ұсынылған. Ақтөбе қаласының жедел медициналық көмек ауруханасында (2017-2018 жж.) инсультпен ауырған науқастарды ауруханаға жатқызудың 1357 жағдайы зерттелді. Әйелдер мен ерлер инсультпен, олардың жас санаты мен инсульт түрлерінің таралуы (ишемиялық және геморрагиялық), маусымға (көктемгі, жаз) ауруханаға жатқызу жиілігі, әйелдер мен еркектер арасында бірдей диагноздардың таралуы анықталды.

Зерттеу нәтижелері. Зерттеу нәтижелері бойынша науқастар тобында 778 әйел (58%) басым. Ер адамдар 579-ды (42%) құрады. Инсульттің салыстырмалы түрде жас пациенттерінің арасында 591 адам, оның ішінде ерлер көп (341). 41-60 жастағы (416 пациент) екі жыныстағы адамдар тең: тиісінше 238 және 178.

60 жастан асқан әйелдердің пациенттері әлдеқайда жоғары (38%). Геморрагиялық инсультпен ауыратын адамдар арасында барлық жастағы топтар басым болады. Ишемиялық типті ми қанайналым бұзылулары (инсульті) бар науқастар жазда жиі ауруханаға жатқызылды, ал көктемде геморрагиялық типті инсультпен. Әйелдер тарихында атриальды фибрилляция және қант диабеті айтарлықтай айқын болды, ерлер – темекі және миокард инфарктісі. Артериялық гипертензия жиілігін, атриальды фибрилляцияны, миокард инфарктісін, қант диабетінің жасына байланысты, әрине, жасы ұлғайған. Қайталанатын онкологиялық қатерлі ісігімен ауыратын науқастарда жүрек-тамыр патологиясы мен миокард инфарктісі сияқты қауіпті факторлар жиі кездеседі.

Ақтөбе қаласындағы жедел жәрдем ауруханасының неврологиялық бөлімшесінің түрлі жастағы науқастарында өткір церебральды қанайналым

SUMMARY

T.B.BAYZHEKENOV, A.O. BAYZULLINA,
G.M.SADYKOVA

FREQUENCY OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE BRAIN CIRCULATION DISORDER

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to analyze the frequency of risk factors for acute cerebrovascular incidences.

Materials and methods. The study presents a retrospective analysis of hospitalized patients case histories with acute cerebrovascular incidences. 1357 cases of patient's hospitalization with stroke in Aktobe Emergency Hospital (2017-2018) were studied. Women and men with stroke, their age category and the prevalence of stroke types (ischemic and hemorrhagic), the frequency of hospitalization by season (spring, summer), the prevalence of concomitant diagnoses in women and men are identified.

Results. Thus, the obtained results of a retrospective analysis for acute cerebral circulatory disorder (stroke) in inpatients of different age groups of Aktobe Emergency Hospital show that women are generally dominant. The case histories of 1357 patients with acute violation of cerebral circulation (579 men and 778 women aged from 35 to 89 years) were analyzed. Various controlled and uncontrolled risk factors and their impact on the course of the disease were identified. The main risk factor is age. Among young patients with stroke, there are more men, in the age group from 41 to 60 years old there is an equal number of people of both sexes, and only among patients older than 60 there are much more women. The same ratio was observed in ischemic stroke, but in hemorrhagic stroke, women predominate in all age groups. According to the register, patients with acute ischemic heart failure were hospitalized with greater frequency in summer and with hemorrhagic stroke - in the spring, while the number of hospitalized patients with stroke was reduced in the fall. Certain gender differences in the frequency of risk factors in patients with stroke according to the register were identified. In women case histories risk factors such as atrial fibrillation and diabetes mellitus are more common, and in men- smoking and myocardial infarction. A significant difference in the frequency of risk factors in different age groups was revealed. The frequency of arterial hypertension, concomitant heart disease, atrial fibrillation, myocardial infarction, and diabetes mellitus naturally is increasing with age. The number of

бұзылысы (инсульті) үшін ретроспективті талдаудың нәтижелері алынған нәтижелердің жалпы әйелдердің басым екенін көрсетеді. 1357 науқастың ісіну тарихы талданды.

Негізгі сөздер: өткір цереброваскулярлық ауру, инсульт, ишемиялық инсульт типі, геморрагиялық инсульт типі, мүгедектік.

smoking patients and the importance of psycho-emotional stress (stress) in the disease history in older age group is significantly reduced. In patients with repeated stroke, such risk factors as concomitant cardiovascular pathology and myocardial infarction are more common. The results can be used to create a system of treatment-and-prophylactic care for patients with stroke in order to reduce the number of patients dying during the first month of the disease, reduce the severity of the course and recurrence of strokes.

Keywords: acute cerebrovascular accident, stroke, ischemic type of stroke, hemorrhagic type of stroke, disability.

УДК 614.2-057.875

МРНТИ 76.75

А.В. БАСКАКОВА

ВОЛОНТЕРСТВО КАК НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ВКЛАД СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Введение. Явление волонтерства представляет как общественно-полезную деятельность и один из наиболее удачных способов социального взаимодействия многих отраслей современного общества. Существует много определений этого явления, но все они сводятся к тому, что неотъемлемой составляющей общественной жизни в современную эпоху является волонтерство. Волонтерская деятельность является тем феноменом, который позволяет одновременно бескорыстно участвовать в процветании благополучия в обществе, но и позволяет волонтеру утверждать себя как личность, с целью саморазвития и самоутверждения в социуме, что особенно актуально в студенческие годы.

Целью изложенного материала является идея вовлечения студентов в развитие семейной медицины и первичной медико-санитарной помощи посредством волонтерского движения, учитывая особенности развития медицины на современном этапе.

Методы. Обосновано, что именно в отрасли медицины волонтерская деятельность отражает все свои качества и возможности в полной мере. Освещены результаты изучения содержания основных направлений и характеристик развития семейной медицины в Украине на данном этапе, соответствия тенденциям ее организации в разных странах мира. Установлена тесная связь между участием студентов в развитии медицины, начиная со времен учебы в медицинском университете, и качеством медицинского образования в государстве.

Результаты. Для исследования нами было проведено анонимное разовое анкетирование участников волонтерского движения Харьковского национального медицинского университета. Анкетирование показало, что волонтерская деятельность позволяет студентам активно развивать свои практические умения и навыки, укрепляя теоретические знания.

Выводы. Результаты исследования сформированы в идею вовлечения студентов в развитие семейной медицины, начиная со времен студенчества, посредством волонтерской деятельности как эффективного метода самореализации.

Ключевые слова: студенты, семейная медицина, волонтерство, самореализация, медицинское образование.

Введение

Сколько существует понятие об обществе, настолько же древняя идея бескорыстной помощи друг-другу. С течением времени эта идея становилась все более значимой и приобрела общесоциальное значение. Наиболее широкое и обобщенное определение феномена волонтерства содержится в документах Организации Объединенных Наций: вклад человека в развитие благополучия своих ближних и

общества в целом, который исполняется вне рамок своей карьерной деятельности на основе бескорыстия, бесплатности.

Исторически волонтерство начало закладываться еще с древних времен, но реализовывало себя лишь в таких практиках, которые были актуальными в историческую эпоху исключительно того времени. Проявления феномена волонтерства можно выделить практически при любом политическом строе, в рамках

различных социально-экономических условий, однако только в гражданском обществе оно приобретает обоснованный статус и активное развитие. Нужно выделить, что и само явление волонтерской деятельности по своей сути способствует утверждению гражданской активности в обществе.

Сегодня признаком цивилизованности конкретного общества выступает, вместе со всеми факторами, также и наличие развитой системы волонтерских организаций и личностей, которые занимаются волонтерской деятельностью индивидуально или образуя формализованные группы. Сейчас возникла необходимость в научном анализе волонтерской деятельности с целью определения функций волонтерства в процессе развития современного государства. Нельзя не заметить, что в контексте своего развития сначала «волонтерство» ограничивалось одним видом деятельности – военной отраслью, в дальнейшем ареал деятельности начинает существенно расширяться, проникать в различные сферы социальной жизни, прежде всего в сферы услуг. И к концу XX в. терминологическое значение смещается в сторону социальной поддержки и защиты населения. Но именно в отрасли медицины волонтерская деятельность отражает все свои качества и возможности в полной мере. Следует отметить, что волонтерская деятельность является тем феноменом, который позволяет одновременно бескорыстно участвовать в процветании благополучия в обществе, но и позволяет волонтеру утверждать себя как личность, с целью саморазвития и самоутверждения в социуме, что особенно актуально в студенческие годы.

Волонтерское движение является неисчерпаемым источником для социального воспитания студенческой молодежи. Молодежь – это один из самых мощных потенциалов общественного прогресса в любой стране. Принимая участие в волонтерстве, студенты получают не только формальное образование, но и неформальное образование, которое поможет в дальнейшем стать высококвалифицированным специалистом. В контексте семейной медицины и первичной медико-санитарной помощи, волонтерство расценивается как самый эффективный и доступный способ участия в развитии медицины в государстве.

Методы

Одним из наиболее перспективных направлений совершенствования системы здравоохранения на современном этапе является становление и активное развитие семейной медицины во всем мире, а приоритетом в совершенствовании развития лечебно-профилактической помощи есть уровень и доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению.

В содержании Алма-Атинской конференции 1978 года, ПМСП рассматривается как один из главных инструментов в плане достижения здоровья для всех слоев населения. ПМСП, будучи центральным звеном всей системы здравоохранения, составляет

неотъемлемую часть процесса социального, культурного и экономического развития общества. Оптимальная система ПМСП обеспечивает всеохватность и перманентность медицинского обслуживания. Оно состоит из базовой медицинской помощи, направленной на всех граждан, а также дополнительной помощи, оказываемой группам людей с общими медицинскими проблемами. Более 80% населения, обращается за помощью, должно начинать и заканчивать лечение на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения, в котором решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения.

С точки зрения обзора международного опыта функционирования семейной медицины, следует отметить, что, например, в Канаде семейная медицина традиционно имеет твердую основу. Половину всех врачей составляют узкие специалисты, а остальные являются врачами общей практики. В США в начале 90-х годов XX века только 15% врачей работали в области семейной медицины, а уже к 1995 году их количество увеличилось до 20-25%.

Стратегия развития ПМСП в Украине базируется на принципах ВОЗ в соответствии с Европейской программой «Здоровье для всех в XXI веке». Однако развитие ПМСП в Украине происходит довольно медленными темпами и не соответствует лучшим мировым подходам. Предлагается качественная и новая функционально-организационная форма организации ПМСП на основе общей практики семейной медицины, которая предусматривает разграничение первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи с созданием центров ПМСП, имеющих функционально-организационные особенности в сельской местности и городах [1-3].

Подлежит вниманию то, что генеральный директор ВОЗ Dr. Margaret Chan отмечает, что сейчас стоит единая четкая цель – развитие мощной первичной помощи и превентивной медицины. В нынешних условиях, в XXI веке, растет количество хронических заболеваний (ожирение, рак, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания), происходит прогрессивное старение населения, теряют свою эффективность антибактериальные средства и параллельно с высокой скоростью происходит интенсивное развитие новых препаратов и новейших технологий. Результатом этого является то, что пациентам часто назначают довольно дорогостоящие процедуры, которые не приводят к желаемому результату, более того, эти процедуры могут быть вредными для пациента. В таких случаях становится понятной важность первичной медицинской помощи и работы семейного врача, который берет на себя функцию разрешения до 95% обращений пациентов, осуществляет профилактические мероприятия, решает проблемы здоровья пациентов всесторонне и

комплексно [4,5].

Итак, как было определено ВОЗ в Алма-Атинской Декларации еще в 1978 году, развитие мощной качественной системы первичной помощи является приоритетным в мире, а качественная первичная медицинская помощь – это наша надежда на будущее. Становится явным вопрос о том, каким образом должна производиться подготовка семейных врачей в медицинском университете и как повысить уровень практических умений молодых специалистов. Известно, что студенческий возраст – это сенситивный период для развития основных личностных потенциалов человека к которым относятся: формирование профессиональных, мировоззренческих и общественных качеств будущего специалиста; развитие профессиональных способностей как предпосылка дальнейшей самостоятельной профессиональной творческой деятельности и работы; становления интеллекта и стабилизация черт характера; преобразование мотивации и всей системы ценностных ориентаций; формирование социальных ценностей в связи с профессионализацией. Поэтому именно во время обучения в вузе происходит социализация студента как личности. Занятость молодежи представляет собой фундамент процветания государства, решающий фактор создания материального и духовного благополучия населения и ведущую сферу реализации жизненных интересов. Деятельность общественных организаций дает широкие возможности молодежи развивать и проявлять свою активность в построении гражданского социума. Разнообразие направлений, форм и методов волонтерской деятельности открывает широкие перспективы для активизации духовного, интеллектуального и культурного потенциала, детерминирует развитие человека и общества. Осознание будущими профессионалами места и роли волонтерской работы как средства личностного развития и самореализации, самоопределения и самоутверждения, как способа оказания помощи людям, которые в ней нуждаются, является путем не только саморазвития, но и профессионального становления. Самореализация будущего доктора – особо важное явление в медицине, потому что от того, как будет подготовлен медик со студенческих лет, зависят не только его личные профессиональные успехи, но и состояние семейной медицины в целом государстве. Очень важно, чтобы студенты определяли свой вклад в развитие семейной медицины уже на этапе обучения в университете. Волонтерская деятельность, со всеми своими особенностями функционирования, раскрывает наиболее широкие возможности для ее участников именно в области медицины. На современном этапе, учитывая все юридические аспекты, студенты не могут быть допущены до осмотра, лечения, оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам в процессе учебы без их согласия. Но высокие морально-этические и профессиональные требования, поставленные к врачу,

предполагают обладание этими навыками сразу после выпуска из университета. Становится понятным, что общение и работа с пациентами важны и должны происходить еще в студенческие годы, опираясь на практическую деятельность. Исходя из этого, волонтерская деятельность, производимая студентами медиками, является тем общепольным ключом, который позволяет укрепиться волонтеру в своих профессиональных качествах, участвовать в развитии медицины со студенческих лет и одновременно нести социальное благо, что и является основополагающим аспектом волонтерской деятельности.

Результаты

Харьковский национальный медицинский университет (ХНМУ) является лидером студенческого волонтерского движения не только среди вузов Харькова, но и среди учебных заведений в Украине. Ценные и редкие библиотечные издания предоставляют возможность проследить развитие медицинского подвижничества и волонтерства в Харькове еще в начале 19 века [6]. В авангарде, которое было Харьковское Медицинское Общество. Первые шаги были сложными, но именно этому сообществу выпала судьба сыграть важную роль в создании известной всем Харьковской медицинской школы. Это стало пусковым толчком в превращении провинциального Харькова с неблагоприятным санитарно-гигиеническим состоянием в современный развивающийся мегаполис. Но и сейчас медицина Харькова не стоит на месте, особую роль в этом играют студенты медицинского университета, которые занимают активную жизненную и гражданскую позицию.

Студенческий актив Харьковского национального медицинского университета обратился к ректору ХНМУ с инициативой создания медицинского волонтерского движения, деятельность которого будет включать помощь врачам в медицинских учреждениях, участие в оказании первичной медико-санитарной помощи людям при различных массовых поражениях, поддержка детских домов и хосписов и многое другое.

Инициатива создания волонтерской организации была полностью поддержана руководством университета. 17 октября 2013 года была официально создана молодежная университетская волонтерская служба под названием «Эра милосердия».

Заместитель министра здравоохранения Украины выразил благодарность и поддержку молодым волонтерам, указывая на то, что уже в студенческие годы будущие врачи готовы участвовать в развитии украинской медицины и всегда прийти на помощь тем, кто в ней нуждается. Сегодня волонтерская организация ХНМУ насчитывает больше тысячи студентов разных курсов обучения. Ведется активная просветительская работа не только в медицинских, но и среди других университетов, волонтеры принимают участие в различных всеукраинских проектах, являются членами студенческого областного совета. Среди основных направлений деятельности:

реализация паллиативной и хосписной помощи, реализация программы «Медицинский волонтер», борьба с актуальными заболеваниями среди населения, санитарно-просветительская работа, участие в развитии семейной медицины в Украине, шефская работа с воспитанниками школ-интернатов, поддержка детских домов. Реализация программы «Медицинский волонтер» предусматривает сотрудничество с другими университетами города Харькова. Это предусматривает выездные мастер-классы по оказанию первой доврачебной помощи, а также организация и проведение лекций цикла «Борьба с актуальными заболеваниями», направленных на санитарно-просветительскую работу среди студентов.

Участники волонтерского движения регулярно проходят программу по подготовке для работы в условиях хосписа, что позволяет им овладевать теоретическими знаниями в сфере паллиативной помощи, получать навыки психологической и социальной поддержки тяжелобольных пациентов и членов их семей, приобретать умения в использовании индивидуальных и организационных мер профилактики синдрома профессионального эмоционального выгорания среди медицинских работников. Шефская работа с воспитанниками школ-интернатов и детских домов подразумевает помощь в обеспечении детских домов и школ-интернатов необходимой детской одеждой, игрушками, медикаментами, организация и проведение развлекательных мероприятий для воспитанников.

Следует заметить, что одним из самых доступных и эффективных способов участия студентов

медиков в сфере практической медицины являются добровольные дежурства в лечебных стационарах. Этот вид деятельности позволяет студентам на высоком уровне освоить все моменты, связанные с курацией больных и навыками оказания медицинской помощи. Волонтерская деятельность, как способ самореализации, помогает студентам закрепить и повысить уровень теоретических знаний основ медицины на практической основе. Опыт европейских стран, отличающихся высоким экономическим развитием и высоким уровнем функционирования системы здравоохранения показывает, что одним из путей достижения этого является качественная система образования с приоритетом на гражданскую активность студентов. Для подтверждения позиции важности волонтерской деятельности в студенческие годы мы провели разовое анонимное анкетирование студенческого актива Харьковского национального медицинского университета (табл).

Было опрошено 100 участников медицинского волонтерского движения, студентов 3-5 курсов обучения. На вопрос «Считаете ли Вы достаточным то количество часов учебной программы, которое выделено на практическую часть?» 73% респондентов ответили, что количество часов не достаточно для эффективного усвоения, 27% считают, что достаточно. Мнения респондентов единогласно сошлись на том, что сочетание теоретических и практических занятий является самым эффективным способом обучения. На вопрос «Помогает ли Вам волонтерская деятельность набираться практического опыта в сфере медицины?» 93% студентов выбрали вариант «да»,

Таблица. Результаты анкетирования участников волонтерского движения Харьковского национального медицинского университета



а 7% выбрали вариант «нет». Что касается влияния волонтерской деятельности на успехи в учебе, мнения респондентов разделились таким образом: 91% считают, что волонтерская деятельность способствует успехам в учебе, 9% студентов считают, что не способствует. Учитывая вышесказанное, волонтерская деятельность позволяет студентам активно развивать свои практические умения и навыки, укрепляя теоретические знания, соответствовать требованиям современной медицины и участвовать в ее развитии.

Выводы

Опираясь на результаты проведенного анкетирования и анализ существующей программы обучения медицинских университетов, можно сделать вывод, что выделяется недостаточное количество часов для усвоения студентами практических навыков и умений на высоком уровне. Обосновано, что сочетание практических и теоретических занятий является самым эффективным способом усвоения материала. В этом аспекте, волонтерская деятельность позволяет набираться практического опыта в сфере медицины уже со времен студенчества. Более того, волонтерская деятельность способствует успехам в учебе в медицинском университете, что является залогом подготовки высококвалифицированных специалистов. Значимость практического потенциала студентов медиков продиктована активным развитием семейной медицины. Результаты исследования

сформированы в идею вовлечения студентов в развитие семейной медицины, начиная со времен студенчества, посредством волонтерской деятельности как эффективного метода самореализации.

Список литературы:

1. Матвійчик АВ. Волонтерська діяльність як детермінанта розвитку громадянського суспільства. Грани. 2016;19 №8(136):100–107.
2. Про волонтерську діяльність: Закон України від 19.04.2011 № 3236-VI [Електронний ресурс]. База даних «Законодавство України». ВР України.
3. Павлюк КС. Волонтерський рух: зарубіжний досвід та вітчизняні практики. Інвестиції: практика та досвід. 2015;(13–14):87–93.
4. INVOLVE (Involvement of third country nationals in volunteering as a means of better integration): final project report. European Volunteer Centre [Electronic resource]. 2006;61.
5. Sherraden MS, Lough BJ, Moore McBride A. Effects of International Volunteering and Service: Individual and Institutional Predictors. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 2008;19:395–421.
6. Марчук НВ. Обґрунтування та розробка системи організації та профілактичної діяльності закладів загальної практики–сімейної медицини: Автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» К., 2008.

ТҮЙІН

А.В. БАСКАКОВА

ЕРІКТІЛЕР ҚЫЗМЕТІ ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫ ДАМУДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ ЕҢ ТИІМДІ ҮЛЕСІ РЕТІНДЕ

Харьков ұлттық медицина университеті, Харьков,
Украина

Кіріспе. Бұл мақалада еріктілік қоғамдық пайдалы қызмет және заманауи қоғамның көптеген салаларының әлеуметтік байланыстылығын сәтті әдістерінің бірі ретінде көрініс берген. Бұған байланысты көптеген анықтамалар бар, бірақ олардың барлығы қазіргі заманауи қоғамдағы өмірдің ажырамас бөлігі – еріктілік болып табылатындығына алып келеді. Еріктілер қызметі бір мезгілде қоғамдағы әл-ауқаттың өркендеуіне қатысуға мүмкіндік беретін феномен, сондай-ақ еріктіге өзін өзі дамытуға және қоғамда өзін тұлға ретінде бекітуге мүмкіндік береді, бұл – әсіресе студенттік кезеңдерде өзекті.

Мақсаты. Ұсынылған материалдың мақсаты заманауи кезеңдегі медицинаның даму ерекшеліктерін ескере отырып, еріктілер қозғалысы арқылы отбасылық медицина мен алғашқы медициналық-санитарлық

SUMMARY

A. V. BASKAKOVA

VOLUNTERING AS THE MOST EFFICIENT STUDENTS CONTRIBUTION TO THE FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT

Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine

In this article, the phenomenon of volunteering is presented as a socially useful activity and one of the most successful ways of social interaction of modern society. There are many definitions of this phenomenon, but they all boil down to the fact that volunteering is an integral part of social life in the modern era. Volunteering is a phenomenon that allows you to simultaneously disinterestedly participate in the prosperity of well-being in society, but also allows the volunteer to assert itself as an individual, with the goal of self-development and self-affirmation in society, which is especially important in his student years.

Purpose: the idea of involving students in the development of family medicine and primary health care through the volunteer movement, taking into account the peculiarities of the development of medicine at the present stage.

көмекті дамытуға студенттерді тарту идеясы болып табылады.

Материалдар мен әдістер. Медицина саласындағы еріктілер қызметінің сапасы мен барлық мүмкіндіктерін толық көлемде көрсетуге негізделген. Қазіргі уақытта Украинадағы отбасылық медицинасының негізгі бағыттары мен даму сипаттамаларының мазмұнын зерттеу нәтижелері және оның ұйымдастыру деңгейінің басқа елдермен сәйкестігі қаралады. Студенттердің медицина университетінде оқыған уақыттан бастап, медицинаны дамытуға қатысуы мен мемлекеттегі медициналық білім беру сапасы арасында тығыз байланыс орнатылды. Әдістері: құрылымдық-логистикалық, сараптамалық, әлеуметтік зерттеу.

Нәтижелері. Харьков ұлттық медицина университетінің еріктілер тобына анонимдік бір жолғы сауалнама жүргізу арқылы зерттеу жұмыстары жүргізілді. Сауалнама барысында еріктілер қызметі студенттерге теориялық білімдерін нығайтып, өздерінің практикалық іскерліктері мен дағдыларын белсенді дамытуға мүмкіндік беретіндігін көрсетті.

Қорытынды. Зерттеу нәтижесі студенттік кезеңнен бастап отбасылық медицинаны дамытуда студенттерді еріктілер ретінде тарту, олардың өз-өзін дамытудың тиімді әдісі екендігіне идея қалыптастырды.

Негізгі сөздер: *Негізгі сөздер: студенттер, отбасылық медицина, еріктілік, өз-өзін дамыту, медициналық білім беру.*

Materials and methods. Methods: structural-logical, sociological research, analytical.

It is substantiated that it is in the branch of medicine that volunteering reflects all its qualities and capabilities in full. The results of the study main directions and characteristics of the family medicine development in Ukraine at this stage are highlighted with the trends of its organization in different countries of the world. A close relationship has been established between the participation of students in the medicine development starting from the time of study at a medical university and the quality of medical education in the state.

Results. For the study, we conducted an anonymous one-time survey of participants in the volunteer movement of the Kharkov National Medical University. Questioning showed that volunteer activities allow students to actively develop their practical skills, strengthening theoretical knowledge.

Conclusion. The research results are shaped into the idea of involving students in the development of family medicine starting from the time of students through volunteering as an effective method of self-realization.

Keywords: *students, family medicine, volunteering, self-realization, medical education.*

УДК 616.831-005
МРНТИ 76.29.514

Ж.Г. БЕКМУХАМБЕТОВА, А.О. БАЙЗУЛЛИНА, А.Р. КАШКИНБАЕВА

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ ШКАЛЕ NIHSS

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан
Научный руководитель: А.Р. Кашкинбаева

Инсульт является одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире и является второй по значимости причиной смерти и основной причиной инвалидности среди взрослых. Несмотря на доступные в настоящее время варианты лечения инсульта, пациенты часто сталкиваются с перспективой значительной инвалидности после инсульта. Настоящее исследование было проведено с целью определения взаимосвязи между тяжестью инсульта на основе критериев NIHSS и клинических симптомов, таких как артериальное давление, уровней сахара, холестерина и триглицеридов, а также некоторые другие факторы.

Из 33 исследованных пациентов с острым инсультом головного мозга возраст составлял от 32 до 88 лет (средний возраст $63,45 \pm 13,23$ года), 20 (60,6%) мужчин и 13 (39,4%) женщин. Из всех исследованных пациентов у 24 (72,7%) были выявлены как ишемический тип, у 9 (27,2%) – как геморрагический. В исследовании тяжесть инсульта была значительно коррелирована с уровнями холестерина и триглицеридов в крови и не показали какой-либо существенной корреляции между уровнем сахара в крови и NIHSS. Основываясь на результатах настоящего исследования, измерение и контроль холестерина, триглицеридов являются важным прогностическим фактором, которые помогают оценить результаты инсульта и в то же время улучшить профилактические мероприятия инсульта.

Ключевые слова: *инсульт, шкала NIHSS, прогноз.*

Введение

Инсульт является третьей по значимости причиной смерти после рака и сердечно-сосудистых заболеваний, и является причиной долгосрочной инвалидности во всем мире [1]. Во всем мире ежегодное число смертей от инсульта оценивается в 5,54 миллиона [2]. Более того, из-за быстрого роста численности пожилого населения мира прогнозируется, что бремя инсульта будет увеличиваться в будущем [3]. Кроме того, бремя инсульта велико и растет в экономически развивающихся странах [1].

Существует два различных типа инсульта, включая ишемический (который далее делится на тромботический и эмболический, и возникает в результате обструкции в кровеносном сосуде, питающем часть или части мозга) и геморрагический (в результате разрыва ослабленной мозговой деятельности артерии) [4]. Гипертония, сахарный диабет, гиперлипидемия, курение, заболевания коронарной артерии и, особенно, старость являются наиболее признанными факторами риска развития инсульта [3, 5, 6, 7]. Несмотря на то, что частота возникновения инсульта у молодых и сообщалось, что в более пожилом возрасте у женщин и мужчин он выше, соответственно, некоторые авторы утверждают, что это происходит в равной степени у обоих полов [4, 8]. Однако тяжесть инсульта является одним из важнейших факторов, определяющих прогноз исхода. Наиболее широко используемой и подтвержденной шкалой инсульта является Шкала инсульта Национального института здравоохранения США (NIHSS), которая была продемонстрирована для точного установления тяжести и прогноза инсульта в контексте клинической практики и клинических испытаний [9, 10, 11].

Учитывая длительные неврологические нарушения, которые могут возникнуть в результате острого инсульта [1], и различия в степени выздоровления выживших после инсульта, прогнозирование результатов инсульта является очень важной проблемой. Таким образом, мы оценили пациентов во время госпитализации с некоторыми другими прогностическими факторами, помимо предварительных физических и неврологических исследований, чтобы исследовать их неврологический статус в отношении этих факторов. Настоящее исследование было проведено с целью определения взаимосвязи между тяжестью инсульта на основе критериев NIHSS и клинических симптомов, таких как артериальное давление у пациентов, уровней сахара, холестерина и триглицеридов, а также некоторые другие факторы, а также сравнили эти симптомы у двух основных типов пациентов с инсультом.

Методы

Настоящее исследование представляет собой перекрестное исследование, которое было проведено на 33 пациентах с острым инсультом головного мозга, которые были госпитализированы в больницу скорой медицинской помощи и Актюбинской областной больницы, в течение 72 часов после появления неврологических симптомов в период с февраля по июнь 2018 года.

Пациенты с неврологическими симптомами, которые были направлены в больницу и были диагностированы неврологом, и методы визуализации с инсультом включены в настоящее исследование. При поступлении подозреваемые пациенты были обследованы неврологом, а инсульт был подтвержден компьютерной томографией (КТ), а также магнитно-резонансной томографией (МРТ). Затем были взяты образцы крови во время госпитализации и переданы в больничную лабораторию для определения уровней сахара, холестерина и триглицеридов. Следовательно, для каждого пациента была подготовлена специальная анкета, описывающая неврологический статус пациента, и, согласно NIHSS, соответствующему баллу был присвоен вопросник. Согласно этому инструменту, у пациентов с более высокими баллами прогноз хороший.

В настоящем исследовании все статистические анализы были выполнены с помощью статистического программного обеспечения SPSS (v.25). Кроме того, коэффициент корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни и t-критерий были использованы для анализа данных. Кроме того, корректировка для связанных факторов в одномерном анализе была выполнена с помощью линейной регрессионной модели.

Результаты

Из 33 исследованных пациентов, чей возраст составлял от 32 до 88 лет (средний возраст $63,45 \pm 13,23$ года), 20 (60,6%) мужчин и 13 (39,4%) женщин. Повышение артериального давления отмечалось у 30 пациентов (90,9%), уровень сахара в крови и холестерина составили $7,8 \pm 3,1$ ммоль/л, $4,2 \pm 2,6$ ммоль/л, соответственно. Из всех исследованных пациентов у 24 (72,7%) были выявлены как ишемический тип, у 9 (27,2%) – как геморрагический.

Также из таблицы 1 видно, что средний балл по шкале NIHSS статистически выше у пациентов с ишемией.

Коэффициент корреляции Спирмена (таблица 2) показали обратную значимую корреляцию между триглицеридом и возрастом.

Однако корреляция между сахаром и тяжестью инсульта в крови не была статистически значимой (таблица 3). После корректировки по возрасту, уровню сахара в крови и всем факторам гиперлипидемии в модели линейной регрессии с помощью ступенчатого метода в качестве прогностических детерминант NIHSS остались только две значимые переменные.

Обсуждение

Из всех исследованных пациентов у 72,7% был диагностирован ишемический инсульт и у 27,2% – геморрагический инсульт. В Соединенных Штатах, однако, около 83% инсультов являются ишемическими, а 17% – геморрагическими [12]. Поскольку геморрагический тип имеет худшие результаты, и процент этого типа в нашем исследовании был выше, чем в США, медицинское лечение и бремя болезни

увеличивается.

Согласно нашим результатам, была значимая обратная корреляция между тяжестью инсульта по данным NIHSS и уровнем артериального давления пациентов. Другие исследователи также показали взаимосвязь между артериальным давлением и инсультом. [1, 5, 6, 13, 14]. Эти исследования показали, что повышение систолического и диастолического артериального давления было значительно и положительно связано со смертью и инвалидностью среди пациентов с острым геморрагическим инсультом, но не с острым ишемическим инсультом [1]. Хотя механизмы, лежащие в основе гипертонии при инсульте сложны [15, 16, 17], предполагается, что высокое кровяное давление может увеличить риск геморрагической трансформации. Конечно, это не было продемонстрировано при клиническом ишемическом инсульте [14].

В этом исследовании тяжесть инсульта была значительно коррелирована с уровнями холестерина и триглицеридов в крови. В другом исследовании, однако,

более низкие уровни триглицеридов в крови способствовали плохому прогнозу у пациентов с геморрагическим инсультом [18]. Dziedzic et al. также показали, что более низкий уровень триглицеридов связан с более тяжелым инсультом [19]. Однако после поправки на возрастные и липидемические факторы сыворотки триглицерид не остался в модели. Похоже, что среди переменных липидемии холестерина является более важным фактором для прогнозирования тяжести и будущих последствий инсульта. Результаты другого исследования показали, что низкие уровни сывороточного ТС, ТГ и ЛПВП-Х являются сильными независимыми предикторами 3-месячного плохого исхода у пациентов с острым ишемическим инсультом [20]. Кроме того, результаты недавнего исследования показали, что среди определений липидов была обнаружена только обратная связь между холестерином и инсультом. Поскольку механизм этой явно парадоксальной ситуации остается необъяснимым, необходимо провести дополнительные исследования по этому вопросу [21].

Сравнение двух типов пациентов с инсультом

Таблица 1. Сравнение количественной характеристики двух типов пациентов с инсультом

| Переменная | полный диагноз=ИИ Описательные статистики | | | | | | | |
|------------|---|----------|-------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|
| | N набл. | Среднее | Доверит. -95,000% | Доверит. 95,000% | Медиана | Минимум | Максим | Ст.откл. |
| холестерин | 24 | 4,958333 | 3,934709 | 5,981957 | 4,800000 | 0,000000 | 10,20000 | 2,424139 |
| глюкоза | 24 | 7,762500 | 6,333907 | 9,191093 | 6,550000 | 4,300000 | 19,00000 | 3,383183 |
| NIHSS | 21 | 7,333333 | 4,889090 | 9,777577 | 8,000000 | 0,000000 | 21,00000 | 5,369668 |

| Переменная | полный диагноз=ГИ Описательные статистики | | | | | | | |
|------------|---|----------|-------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|
| | N набл. | Среднее | Доверит. -95,000% | Доверит. 95,000% | Медиана | Минимум | Максим. | Ст.откл. |
| холестерин | 9 | 2,500000 | 0,649999 | 4,35000 | 3,900000 | 0,000000 | 5,30000 | 2,406761 |
| глюкоза | 9 | 8,255556 | 6,252179 | 10,25893 | 7,500000 | 5,200000 | 12,30000 | 2,606296 |
| NIHSS | 8 | 5,625000 | 1,091121 | 10,15888 | 5,500000 | 0,000000 | 13,00000 | 5,423165 |

Таблица 2. Сравнение качественной характеристики пациентов с двумя типами инсульта

| Пара перем. | Ранговые корреляции Спирмена ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$ | | | |
|-----------------------|---|------------|----------|----------|
| | Число набл. | Спирмена R | t (N-2) | p-уров. |
| глюкоза & возраст | 33 | 0,424791 | 2,61257 | 0,013735 |
| триглицерид & возраст | 33 | -0,349803 | -2,07896 | 0,045985 |
| холестерин & возраст | 33 | 0,055514 | 0,30956 | 0,758964 |

Таблица 3.

| U критерий Манна-Уитни По перем. полный диагноз Отмеченные критерии значимы на уровне $p < ,05000$ | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|-----------------|-----------------|------------------------|
| | Сум.ранг - Группа 1 | Сум.ранг - Группа 2 | U | Z | -уров. | Z - скорр. | p-уров. | Z - Группа 1 | Z - Группа 2 | 2-х стор - точное p |
| возраст | 440,0000 | 121,0000 | 76,00000 | 1,273312 | 0,202908 | 1,275338 | 0,202190 | 24 | 9 | 0,206950 |
| NIHSS | 329,5000 | 105,5000 | 69,50000 | 0,683130 | 0,494525 | 0,688837 | 0,490926 | 21 | 8 | 0,487063 |
| холестерин | 463,5000 | 97,5000 | 2,50000 | 2,223243 | 0,026200 | 2,231087 | 0,025676 | 24 | 9 | 0,022872 |
| глюкоза | 391,5000 | 169,5000 | 91,50000 | -0,646762 | 0,517787 | -0,647249 | 0,517472 | 24 | 9 | 0,511633 |

показало, что клинические характеристики, такие как детерминанты глюкозы у пациентов с геморрагией были выше, чем у пациентов с ишемией, а холестерин наоборот. Также наши результаты показали эту обратную корреляцию. Исходя из критериев NIHSS, пациенты с более низкими показателями имеют плохой прогноз и более тяжелый инсульт. Исследование Чжана и др. показало, что в больнице частота летальных исходов при остром геморрагическом инсульте была более чем в три раза выше по сравнению с острым ишемическим инсультом [1].

Результаты настоящего исследования не показали какой-либо существенной корреляции между уровнем сахара в крови и NIHSS. Тем не менее, противоречия наблюдаются в результатах других исследований. Например, Askiel и Williams [8] сообщили, что у пациентов, перенесших инсульт, с высоким уровнем сахара в крови во время госпитализации, риск смерти был выше в течение первых 30 дней. Соответственно, влияние гипергликемии на госпитализацию, как известно, было причиной худшего исхода, чем эугликемия, у пациентов с тромбоэмболическим инсультом [13]. Сара и др. [22] также упоминали, что гипергликемия может вызывать более высокий уровень смертности и более низкий уровень смертности, и способность функционального восстановления.

В настоящем исследовании мы использовали показатель NIHSS в качестве инструмента для прогнозирования результатов, а также тяжести инсульта. Более того, в других исследованиях упоминалось, что сегодня NIHSS является действительным и надежным инструментом для системы оценки инсульта, который можно использовать для ретроспективного измерения начальной степени тяжести инсульта. Он также может применяться для выписки пациентов. Этот алгоритм может быть полезен для прогнозирования отдаленных исходов острого инсульта для пациентов с помощью простой математической модели, основанной на возрасте пациентов и исходных данных [11].

Тем не менее, поскольку другие недавние исследования показали влияние тяжести инсульта на исход заболевания, мы не следили за пациентами в будущем.

Выводы

Основываясь на результатах настоящего исследования, тяжесть инсульта коррелирует с уровнем холестерина в сыворотке таким образом, что по мере того, как уровень холестерина в сыворотке крови увеличиваются, также увеличивается и степень резкого увеличения. Поэтому измерение и контроль этого важного прогностического фактора помогают нам оценить результаты инсульта и в то же время улучшить профилактические мероприятия инсульта.

Список литературы:

- Zhang Y, Reilly KH, Tong W, Xu T, Chen J, Bazzano LA, et al. Blood pressure and clinical outcome among patients with acute stroke in Inner Mongolia, China. *J Hypertens*. 2008;26:1446–52.

- Geneva: WHO; 2000. World Health Organization (WHO). The world health report.
- Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et al. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study) *Lancet*. 2004;363:1925–33.
- Rowland LP, TA P. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010. Merritt's neurology.
- Abboud H, Labreuche J, Plouin F, Amarenco P. High blood pressure in early acute stroke: A sign of a poor outcome? *J Hypertens*. 2006;24:381–6.
- Geeganage CM, Bath PM. Relationship between therapeutic changes in blood pressure and outcomes in acute stroke: A metaregression. *Hypertension*. 2009;54:775–81.
- Grau AJ, Weimar C, Buggle F, Heinrich A, Goertler M, Neumaier S, et al. Risk factors, outcome, and treatment in subtypes of ischemic stroke. *Stroke*. 2001;32:2559–66.
- Askiel MD, Williams L. Another reason to avoid a sugar high: Study links high blood sugar to mortality after stroke. *Stroke*. 2003;69:842–56.
- Adams HP, Jr, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) *Neurology*. 1999;53:126–131.
- Meyer BC, Hemmen TM, Jackson CM, Lyden PD. Modified National Institutes of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials: prospective reliability and validity. *Stroke*. 2002;33:1261–1266.
- Juan M. R, Federico Di G., Francisco R. K. Stroke Severity Score based on Six Signs and Symptoms The 6S Score: A Simple Tool for Assessing Stroke Severity and In-hospital Mortality. *Stroke*. 2014; Sep; 16(3):178–183. DOI: [10.5853/jos.2014.16.3.178](https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.3.178)
- Rosamond WD, Folsom AR, Chambless LE, Wang CH, McGovern PG, Howard G, et al. Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. *Stroke*. 1999;30:736–43.
- Gentile NT, Seftchick MW, Huynh T, Kruus LK, G J. Decreased mortality by normalizing blood glucose after acute ischemic stroke. *Acad emerg Med*. 2006;13:174–80.
- Sare GM, Geeganage C, Bath PM. High blood pressure in acute ischaemic stroke—broadening therapeutic horizons. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27:156–61.
- Chamila MG, Philip MWB. Relationship Between Therapeutic Changes in Blood Pressure and Outcomes in Acute Stroke A Metaregression. *Hypertension*. 2009;54:775–81.
- Semplicini A, Benetton V, Calo L, et al. Hypertension in acute ischemic stroke. *Cardiovasc Rev Rep*. 2004;25:51–7.
- Lawes CMM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke. *Stroke*. 2004;35:776–85.

18. Mihalko V, Smolanka VI, Bulesta BA, Fekete I, et al. serum cholesterol and triglyceride levels in patients with acute stroke. *Stroke*. 2001;16:37–51.
19. Dziedzic T, Slowik A, Gryz EA, Szczudlik A. Lower serum triglyceride level is associated with increased stroke severity. *Stroke*. 2004;35:e151–2.
20. Li W, Liu M, Wu B, Liu H, Wang LC, Tan S. Serum lipid levels and 3-month prognosis in Chinese patients with acute stroke. *Adv Ther*. 2008;25:329–41.
21. Roquer J, Cuadrado-Godia E, Rodriguez-Campello A, Jimenez-Conde J, Martinez-Rodriguez JE, Giralt E, et al. Serum cholesterol levels and survival after rtPA treatment in acute stroke. *Eur J Neurol*. 2011
22. Sarah E, Capes D, Klas M, Parbeen P, Hertzog CG. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in Nondiabetic and diabetic patients. *Stroke*. 2001;32:24–6.

ТҮЙІН

Ж.Г. БЕКМУХАМБЕТОВА, А.О. БАЙЗУЛЛИНА,
А.Р. КАШКИНБАЕВА

NIHSS ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ШКАЛАСЫ БОЙЫНША АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕЛЕРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖІТІ ИНСУЛЬТТИҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Инсульт бүкіл әлемде сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің басты себептерінің бірі болып табылады және ересектер арасында қайтыс болудың екінші себебі, сонымен қатар, мүгедектіктің негізгі себебі болып табылады. Қазіргі уақытта инсульттің қолжетімді емдеу нұсқаларына қарамастан, науқастар инсульттан кейін едәуір еңбекке жарамсыздыққа тап болады. Бұл зерттеу NIHSS критерийлеріне және пациенттерге, қант деңгейіне, холестеринге және триглицеридтерге, сондай-ақ басқа да факторларға байланысты клиникалық симптомдарға негізделген инсульттің ауырлық дәрежесі арасындағы байланысты анықтау үшін жүргізілді және осы белгілерді науқастардың екі негізгі түрін инсультпен салыстырды.

Жедел церебральды инсультпен зерттелген 33 науқастың 32 жастан 88 жасқа дейінгі жастағы (орташа жасы $63,45 \pm 13,23$ жас), 20 (60,6%) ер, 13-і (39,4%) әйелдер болды. Зерттелген науқастардың 24-і (72,7%) ишемиялық, 9-ы (27,2%) геморрагиялық ретінде анықталды. Зерттеу барысында инсульттің ауырлығы қандағы холестерин мен триглицерид деңгейлерімен айтарлықтай корреляцияланды және қан мен NIHSS-ң қант деңгейлері арасында ешқандай маңызды корреляция болмады. Осы зерттеудің нәтижелері бойынша холестеринді, триглицеридтерді өлшеу және бақылау инсульттің нәтижелерін бағалауға және сонымен бірге инсульттің алдын алу шараларын жақсартуға мүмкіндік беретін маңызды болжам факторы болып табылады.

Негізгі сөздер: инсульт, NIHSS шкаласы, болжам.

SUMMARY

Zh.G. BEKMUKHAMBETOVA, A.O. BAYZULLINA,
A.R. KASHKINBAYEVA

RISK FACTORS FOR ACUTE STROKE ACORDING TO THE INTERNATIONAL SCALE NIHSS

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Blood stroke is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide and is the second leading cause of death and the main cause of disability among adults.

Despite the currently available treatment options for blood stroke, patients often face the prospect of significant disability after a stroke. This study was conducted to determine the relationship between the severity of blood stroke based on NIHSS criteria and clinical symptoms such as blood pressure in patients, sugar levels, cholesterol and triglycerides, as well as some other factors, and compared these symptoms in two main types of patients with stroke

The 33 patients studied with acute cerebral stroke, the age ranged from 32 to 88 years (mean age 63.45 ± 13.23 years), 20 (60.6%) were men and 13 (39.4%) were women. All the studied patients, 24 (72.7%) were identified as the ischemic type, 9 (27.2%) - as hemorrhagic.

In a study, the severity of blood stroke was significantly correlated with cholesterol and triglyceride levels in the blood and did not show any significant correlation between blood sugar levels and NIHSS.

Based on the results of the present study, the measurement and control of cholesterol, triglycerides are an important prognostic factor that help assess the results of a stroke and at the same time improve preventive measures of blood stroke.

Keywords: blood stroke, NIHSS scale, prognosis

А.Ф. ГАБДРАУТОВ

**МЕХАНИЗМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ. НОВЫЕ РЕШЕНИЯ В ПРИНЦИПАХ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Научный руководитель: Б.А. Абуова

Гиперкалиемия может привести к серьезнейшим и неблагоприятным последствиям, в частности к аритмии, с высокой степенью летальности, особенно в группе риска у больных с хронической болезнью почек, сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, циррозом печени. Аритмии на фоне гиперкалиемии встречаются нередко, и к каждой из групп пациентов с высокой степенью риска нужно относиться с особым вниманием.

Цель – проведение обзора по литературным источникам об основных аспектах гиперкалиемии, механизмах ее развития, современных принципах диагностики и выбора методов лечения.

Методы: аналитический обзор статей клинических протоколов МЗ РК по электронным базам данных: PubMed, Web of Science, Scopus, Medelement за период с 2007 по 2019 гг.

Результаты и выводы. Калий играет ключевую роль в физиологии и находится преимущественно внутриклеточно. Гиперкалиемия может привести к изменению потенциалов клеточных мембран, в первую очередь сердечных и нервно-мышечных клеток. Лечение предопределяется механизмами возникновения гиперкалиемии и включает стабилизацию сердечной мембраны, трансклеточный сдвиг и экскрецию калия. Необходим контроль и предотвращение высокого потребления калия с пищей, назначения препаратов, ведущих к повышению уровня калия ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и др. В прогностической диагностике последствий гиперкалиемии представляет интерес мониторинг ЭКГ. Самыми эффективными из лекарственных средств, для снижения уровня калия и купирования острой тяжелой гиперкалиемии, являются аэрозольные ингаляции салбутамола и внутривенное введение инсулина с декстрозой. Эффективность калий обменных смол не была проверена в рандомизированных контрольных исследованиях и требует дальнейшего исследования прежде, чем могут быть сделаны рекомендации для клинической практики. В настоящее время, коррекция гиперкалиемии не обеспечивает полного контроля над уровнем калия в течение длительного периода лечения. В перспективе, возможно внедрение достаточно эффективных пероральных средств с повышенной специфичностью к калию для лечения гиперкалиемии таких как: патиромер, циклосиликат циркония, полистиренсульфонат натрия либо полистиренсульфонат кальция, которые являются нововведением в лечении, но на сегодняшний день, не имеют разрешения к использованию.

Ключевые слова: гиперкалиемия, хроническая болезнь почек, нарушение ритма, патиромер, глюконат кальция, инсулин, электрокардиограмма.

Актуальность

Гиперкалиемия (ГК) – это серьезное осложнение, которое часто проявляется у пациентов с рядом хронических заболеваний почек (ХБП), страдающих сердечной недостаточностью (СН), циррозом печени, сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертензией, особенно с использованием в лечении ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) [1, 2]. ГК может привести к неблагоприятному прогнозу для жизни пациента и требует тщательной курации и мониторинга. Около 54% пациентов с ХБП со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) в диапазоне от 30 до 44 мл/мин/1,73 м², при проведении более 4-х лабораторных исследований в год, имели сывороточный калий более 5 ммоль/л и 22% более 5,5 ммоль/л в течение 3-летнего наблюдения [3]. В данном обзоре уделено внимание основным факторам риска развития ГК, а также принципам диагностики, представлены новые подходы в терапии [4-6].

Методы

Был проведен аналитический обзор статей, кли-

нических протоколов МЗ РК по электронным базам данных: PubMed, Web of Science, Scopus, Medelement за период с 2007 по 2019 гг. По базовому ключевому слову, использованному для поиска литературы (гиперкалиемия) было найдено более 3 тыс. источников, с увеличением публикационной активности в динамике с 130 статей в 2007 г. до 350 в 2018 г. Средний индекс цитирования статей (h-index) составил 80. С детализацией ключевых слов (хроническая болезнь почек, нарушения ритма, патиромер, глюконат кальция, инсулин, электрокардиограмма) для включения в обзор было отобрано 45 статей со средним индексом цитирования 10.

Гомеостаз калия в организме

Калий – основной катион внутриклеточной жидкости, где его содержится 98%. Он участвует в регуляции водно-электролитного обмена, в метаболизме белков и гликогена, в формировании потенциала действия в нервных и мышечных клетках, в проведении нервного импульса, регулирует внутриклеточное осмотическое давление, стимулирует активность ферментов глико-

лиза [2-5, 7-9]. Основными пищевыми источниками калия являются картофель, особенно запеченный в кожуре, мясо, морковный сок, томатная паста, зелень свеклы, фасоль белая, абрикосы, дыня, киви, авокадо, зеленый горошек, бананы, брокколи, печень, молоко, ореховое масло, цитрусовые, виноград, калия достаточно много в рыбе и молочных продуктах, в шоколаде и кофе [10, 11].

Всасывание калия в организме человека на 77% происходит в тонком кишечнике, тем самым K^+ быстро попадает в портальное кровообращение, стимулируя поджелудочную железу высвобождать инсулин. Повышенный уровень инсулина вызывает быстрый транспорт калия из внеклеточного пространства в клетки через клеточную натрий-калиевую аденозинтрифосфатазу. Как известно, все клетки нашего организма обладают Na^+-K^+-ATP Фазой, которая выкачивает Na^+ из клетки и проводит K^+ в клетку, тем самым приводит к градиенту K^+ через клеточную мембрану ($K^+_{in} > K^+_{out}$). Градиент калия частично ответственен за поддержание разности потенциалов мембраны клетки, поэтому возбудимые ткани, такие как нервы и мышцы, зависят от поддержания этого градиента для нормальной функции.

Около 90% суточного потребления K^+ выводится с мочой, тогда как меньший процент (10%) экскретируется через кал. Следовательно, в организме почка является основным органом, ответственным за гомеостаз K^+ . Нормальная почка может поддерживать гомеостаз K^+ даже в условиях чрезмерного приема K^+ с пищей, так как в кишечнике существует энтеросолюбильный K^+ -сенсорный механизм, который ингибирует активность Na^+-Cl^- котранспортера и повышает калиуретическое воздействие, тем самым облегчая поддержание гомеостаза K^+ . Надо отметить, что калиуретический ответ на потребление K^+ в виде еды, больше чем на внутривенную инфузию K^+ , даже в условиях, когда концентрации K^+ в плазме идентичны [12-14].

K^+ свободно фильтруется через клубочек, затем быстро реабсорбируется проксимальным извитым канальцем, где транспорт происходит главным образом через параклеточный путь (Na^+-K^+-ATP Фазой) и находится в грубой пропорции с количеством Na^+ и реабсорбированной воды. Далее в толстой восходящей части петли Генле, реабсорбция осуществляется как трансклеточными, так и параклеточными путями. Трансклеточное движение опосредуется $Na^+-K^+-2Cl^-$ котранспортером, расположенным на апикальной мембране. Лишь небольшое количество K^+ достигает дистального извитого канальца и собирательных трубочек, которые имеют чувствительность к альдостерону. Также в дистальном извитом канальце имеется *Macula densa* (плотное пятно), входящее в состав юкстагломерулярного комплекса, повышение уровня калия в кровотоке приводит к тому, что почечные юкстагломерулярные клетки выделяют ренин. Это стимулирует активацию ангиотензина I в печени, который затем превращается в легких в ангиотензин II. Ангиотензин II стимулирует выделение

альдостерона надпочечниками. Повышенный уровень альдостерона в сыворотке приводит к тому, что почечные кортикальные собирательные протоки выделяют калий и удерживают натрий, что еще больше снижает уровень калия в сыворотке [15].

Этиология гиперкалиемии

Стандартный нормальный диапазон содержания калия в сыворотке обычно считается равным 3,5–5,0 ммоль/л. Гиперкалиемия определяется как уровень калия в сыворотке выше верхнего предела нормы, более 5 мэкв/л (5 ммоль/л) у взрослых, более 5,5 мэкв/л (5,5 ммоль/л) у детей и более 6 мэкв/л (6 ммоль/л) у новорожденных [9, 16, 17].

Гиперкалиемия классифицируется как легкая (5,0–5,5 ммоль/л), умеренная (5,5–6,0 ммоль/л) и тяжелая (более 6,5 ммоль/л) [4].

Причинами гиперкалиемии являются:

1) чрезмерное поступление калия у больных с нарушенной экскреторной функцией почек или с нарушением транспорта калия в клетки;

2) нарушение экскреции калия почками – острая или хроническая почечная недостаточность (СКФ < 30 мл/мин / 1,73 м²), терминальная почечная недостаточность, дефицит альдостерона или глюкокортикоидов (ГКС) (врожденный или приобретенный), гипорениновый гипоальдостеронизм (у больных с диабетической, волчаночной, анальгетической или ассоциированной со СПИДом, нефропатией), резистентность почечных канальцев к альдостерону (псевдогипоальдостеронизм I, II или III типа); В сочетании с относительно высоким уровнем креатинина у пациентов с ХБП, обструктивной уропатией, рефлюкс-нефропатией или интерстициальным нефритом. Частая причина – недостаточный объем поступившей жидкости [4, 18];

3) медикаментозная гиперкалиемия — при применении ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, РААС, блокаторов альдостероновых рецепторов (спиронолактон, эплеренон), ингибиторов ренина [19], препаратов калия, нестероидных противовоспалительных препаратов, амилорида, триамтерена, триметоприма, циклоспорина, такролимуса [8], гепарина, дигоксина, приеме заменителей поваренной соли [20];

4) нарушение внутриклеточного транспорта калия – метаболический ацидоз (гиперхлоремический), блокада β_2 -адренергического рецептора, дефицит инсулина, дефицит альдостерона;

5) избыточное высвобождение калия из клеток — рабдомиолиз, синдром распада опухоли, метаболический ацидоз [8], сепсис, гиперкалиемический периодический паралич, слишком быстрое выведение из гипонатриемии, злокачественная гипертермия;

6) дефицит инсулина при гипергликемии, диабетическом кетоацидозе;

7) сердечная недостаточность – снижение почечной перфузии;

8) заболевания коронарной артерии и периферических сосудов;

9) псевдогиперкалиемия – артефакт измерения, воз-

никает из-за механического выделения калия из клеток во время флеботомии, при сжатии кулака, применении плотно прилегающего жгута, использовании игл с небольшим отверстием, при обработке образца [21, 22], тромбоцитозе ($>900\ 000/\text{мкл}$), лейкоцитозе ($>70\ 000/\text{мкл}$), при котором злокачественные клетки склонны к лизису от минимального механического напряжения из-за повышенной хрупкости или измененной активности натрий-калиевой АТФ-азной помпы [23]. Физиологическая гиперкалиемия у спортсменов, калий высвобождается из клеток скелетных мышц и накапливается в интерстициальной ткани, где он оказывает сосудорасширяющее действие [19]. Калий высвобождается из тромбоцитов во время свертывания, поднимаясь в сыворотке, но не в плазме у пациентов с тромбоцитозом. Чтобы исключить псевдогиперкалиемию, необходимо измерять калий в плазме (полученной из гепаринизированного образца) или калий в цельной крови, если количество тромбоцитов превышает 500000 [24, 25].

При остром повреждении почек происходит быстрое снижение СКФ и уменьшение массы функционирующих нефронов, что приводит к снижению дистальной секреции калия. Гиперкалиемия является частой проблемой, когда присутствует олигурия, так как уменьшение дистальной доставки натрия и воды дополнительно ухудшает секрецию калия. Пациенты с олигурическим острым повреждением почек чаще имеют более тяжелое основное заболевание, и, следовательно, разрушение тканей и катаболизм еще более увеличивают риск гиперкалиемии [6, 8].

При хроническом заболевании почек происходит не только уменьшение массы функционирующих нефронов, но и массы собираемых канальцев, что приводит к глобальному снижению секреции калия в дистальном канальце. Однако этому противостоит повышенная способность оставшихся отдельных нефронов к секреции калия. Высокий поток, увеличенная дистальная доставка натрия, а также повышенная активность и количество натрий-калиевых АТФ-азных насосов в оставшихся нефронах объясняют эту повышенную секреторную способность. По мере снижения функции почек секреция калия в толстой кишке постепенно увеличивается. Эти адаптивные изменения помогают поддерживать концентрацию калия в плазме в пределах нормального диапазона, пока скорость клубочковой фильтрации не упадет до уровня ниже 10 или 15 мл/мин. Развитие гиперкалиемии с более медленным снижением скорости клубочковой фильтрации предполагает снижение активности минералокортикоидов или специфическое поражение канальца. Снижение уровня или активности минералокортикоидов из-за нарушений в системе ренин-ангиотензин-альдостерон ухудшит почечную секрецию калия. Такие нарушения могут быть результатом болезней или воздействия лекарств. Дефицит альдостерона может возникать отдельно или в сочетании со снижением уровня кортизола [8, 26].

Синдром гипоренинемического гипоальдостеронизма является частой причиной гиперкалиемии у па-

циентов, у которых скорость клубочковой фильтрации составляет от 40 до 60 мл/мин. Диабетическая нефропатия и интерстициальные заболевания почек являются наиболее распространенными клиническими проявлениями, связанными с этим синдромом [5].

Клиническая картина и диагностика при гиперкалиемии

Со стороны нервной системы ГК проявляется в виде парестезий и фасцикуляций на руках и ногах. Тяжелая гиперкалиемия, может привести к восходящему параличу с возможной вялой квадриплегией. Как правило, туловище, голова и дыхательные мышцы не поражаются, редко встречается дыхательная недостаточность [3, 8].

Со стороны сердечно-сосудистой системы ГК проявляется нарушением ритма сердца в виде желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков вплоть до асистолии, и как следствие, связана с повышенной смертностью [17]. Симптомы включают боль в груди, имитирующую инфаркт миокарда («загрудинная боль»), наряду с потоотделением, тошнотой, рвотой, выраженной сонливостью, слабостью и головокружением [3]. Электрокардиографические изменения при гиперкалиемии отражены на рисунке.

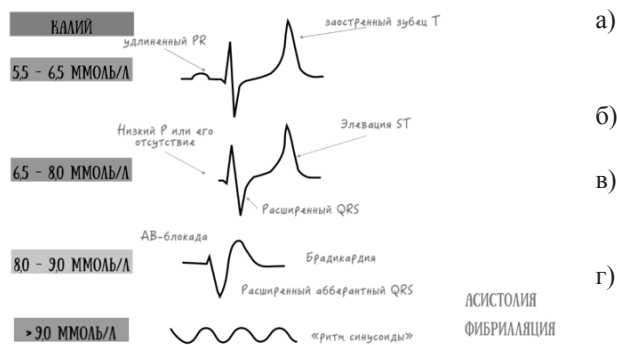


Рисунок. ЭКГ при ГК [27].

(а) пиковые зубцы Т, которые являются высокими, узкими и симметричными, необходимо дифференцировать со сверхострым изменением зубца Т, связанным с подъемом сегмента ST при инфаркте миокарда (при инфаркте миокарда волны Т имеют тенденцию быть более широкими и асимметричными по форме); (б) депрессия сегмента ST; (в) расширение интервала PR и QRS; (г) потеря Р-волны, синусоидальная картина (предвестник надвигающейся фибрилляции желудочков и асистолии).

Ранние стадии гиперкалиемии могут проявиться только укорочением PR и QT интервала. У пациентов с гиперкалиемией также описаны синусовая тахикардия и брадикардия, идиовентрикулярный ритм, блокады сердца 1-ой, 2-ой, и 3-ей степени. При увеличении сывороточного уровня калия более чем 6,5 ммоль/л, уровень фазы 0 потенциала действия уменьшается, приводя к более длительному потенциалу действия и, в свою очередь, к расширенному QRS комплексу и длительному PR интервалу. Электрофизиологически

это проявляется, как задержка внутрижелудочкового и предсердно-желудочкового проведения. Поскольку внутрижелудочковая задержка проведения ухудшается, комплекс QRS может приобрести вид блокады левой или правой ножки пучка Гиса. Подсказкой того, что эти ЭКГ изменения происходят из-за гиперкалиемии, а не связаны с патологией в ножках пучка Гиса, является то, что при гиперкалиемии задержка проведения сохраняется на всем протяжении комплекса QRS, а не только в начальных или конечных частях, как отмечается при блокаде левой и правой ножек пучка Гиса, соответственно [3].

Когда уровни калия достигают 8-9 ммоль/л, активность синусового узла может стимулировать желудочки без признаков предсердной активности, производя синусово-желудочковый ритм. Это происходит, потому что синусовый узел менее восприимчив к эффектам гиперкалиемии и может продолжить стимулировать желудочки без признаков предсердной электрической активности. ЭКГ проявления продолжающейся функции синусового узла в отсутствие предсердной активности могут быть подобными, таковым при желудочковой тахикардии, учитывая отсутствие волн P и расширение комплекса QRS. Когда гиперкалиемия нарастает, и уровни калия достигают 10 ммоль/л, синусовое проведение больше не наблюдается, и пассивные атриовентрикулярные пейсмекеры осуществляют электростимуляцию миокарда (ускоренный атриовентрикулярный ритм). Если гиперкалиемия продолжается, комплекс QRS продолжает расширяться и, в конечном итоге, сливается с волной T, производя классический ЭКГ синусоидальной волны. Как только это случается, неизбежны фибрилляция желудочков и асистолия [3, 28].

С целью устранения причины гиперкалиемии следует собрать точный анамнез относительно принимаемых препаратов, выяснить имеются ли у пациента такие хронические заболевания как СД, ХПБ, ХСН и прочие, которые описаны выше. При проведении физикального осмотра следует обращать внимание на запах ацетона, желтушный цвет кожного покрова, нарушение ритма сердца, гипо-/гипертонию, анурию и т.д. [29].

Следует отметить, что отсутствие симптомов, не исключает наличие гиперкалиемии, поскольку она часто протекает и бессимптомно.

Для непосредственной оценки гиперкалиемии должны использоваться следующие диагностические инструменты:

- ЭКГ в 12 отведениях;
- содержание электролитов в сыворотке крови (натрий, калий, магний, кальций);
- биохимические показатели функции почек (креатинин, мочевины, мочевиная кислота, расчет СКФ);
- доплер ЭХО КГ;
- уровень тропонинов крови;
- уровень креатининфосфокиназы;
- газоанализ артериальной крови;

При уровне калия в плазме более 5,5 ммоль/л; следует исключить псевдогиперкалиемию. ТКГ>8 указы-

вает на наличие альдостерона и правильную реакцию дистального канальца на этот гормон. ТКГ<5 при гиперкалиемии указывает на дефицит альдостерона или резистентность к этому гормону [27].

Лечение ГК

Целью лечения ГК является предотвращение потенциально опасных для жизни нарушений сердечной проводимости и нервно-мышечных нарушений, смещение калия в клетки, устранение избытка калия и устранение основного нарушения [20].

Коррекция гиперкалиемии начинается при уровне калия плазмы >5,5 ммоль/л [30]. Необходимы отмена/замена иАПФ, ингибиторов БРА или других препаратов, вызывающих гиперкалиемию: при снижении уровня СКФ>30% от исходного уровня в течение 4 недель, и/или нарастание гиперкалиемии >5,5 ммоль/л.

При персистирующей гиперкалиемии исключают из рациона продукты, богатые калием (например, шоколад, картофель, зелень, фрукты, сухофрукты, соки, компоты), обучают пациента и его семью соответствующей диете [31].

Показаниями для немедленного вмешательства являются симптомы гиперкалиемии, изменения на ЭКГ, тяжелая гиперкалиемия (более 6,5 мг-экв/л), гиперкалиемия с острым началом основного заболевания сердца, цирроза или болезни почек [20].

Медикаментозная терапия включает (таблица):

А. Препараты быстрого действия, с короткой продолжительностью и без удаления калия из организма:

- инъекции 1000 мг раствора глюконата кальция или хлорида кальция (внутривенно 10 мл 10% за 2-3 мин). У пациентов, получающих сердечные гликозиды, несмотря на потенцирование риска кардиотоксичности гликозидов, препараты кальция должны вводиться по тем же показаниям, что и у остальных [32, 33].

- с целью перемещения калия в клетки с помощью Na-K АТФ-азного насоса, эффективной является стандартная комбинация – 10ЕД инсулина короткого действия, разведенных в 50 мл 40% раствора глюкозы. Продолжительная инфузия инсулина и растворов, содержащих глюкозу, может быть использована для повышения продолжительности эффекта [34-36].

В случае тяжелого метаболического ацидоза дополнительно вводят 100-200 мл 4% раствора NaHCO₃ под контролем кислотно-щелочного состояния (КЩС), электролитов, газов крови. Гипокалиемический эффект натрия гидрокарбоната может иметь различную выраженность в зависимости от природы ацидоза [24, 29].

Временное перемещение калия в клетки можно усилить, опять же с помощью Na-K АТФазного насоса, назначая β₂-адреномиметик, например сальбутамол через небулайзер – 2,5 мг каждые 15 мин до дозы 10-20 мг или 0,5 мг в/в. Обычная доза сальбутамола для коррекции гиперкалиемии в среднем выше, чем доза, купирующая бронхоспазм, и составляет около 10 мг ингаляционно. Могут развиваться тахикардия и дискомфорт в грудной клетке, что требует прекращения введения препарата.

Таблица. Рекомендации (NICE) (Британского Национального института качества медицинской помощи. National Institute for Health and Care Excellence) [40].

| Препараты для лечения | Доза и путь введения | Механизм действия | Время наступления эффекта | Продолжительность эффекта | Противопоказания | Другие комментарии |
|---|---|--|---------------------------|---------------------------|--|---|
| Стабилизация сердечной деятельности с воздействием на мембраны кардиомиоцитов | | | | | | |
| Глюконад кальция | 10 мл 10% (100 мг / мл) р-ра; в/в в течение 2–3 минут | Стабилизирует электрическую активность мембраны кардиомиоцитов | немедленный | 30–60 минут | Гиперкальциемия | Можно повторить через 5 минут под контролем электрокардиограммы |
| Хлорид кальция | 1000 мг = один 10 мл 10% (100 мг / мл) раствора; в/в, в течение 2–3 минут | Стабилизирует электрическую активность мембраны кардиомиоцитов | немедленный | 30–60 минут | Предпочтительнее введение через центральную вену Гиперкальциемия | Можно повторить через 5 минут под контролем электрокардиограммы |
| Выведение калия внутриклеточно | | | | | | |
| Инсулин короткого действия | 10 единиц в разведении с 50 мл 50% декстрозы в/в | Сдвиг внутриклеточно калия с помощью Na-K АТФазного насоса | 10-20 минут | 4-6 часов | Осторожно, если у пациента гипогликемия | Необходимо проверить уровень глюкозы в крови в течение 1 часа после введения |
| Сальбутерол | Ингаляционно 10 мг более 10 минут | Сдвиг внутриклеточно калия с помощью Na-K АТФазного насоса | 20-30 минут | 1-2 часа | Может вызвать тахикардию | Имеет аддитивный эффект с инсулином |
| Бикарбонат натрия | внутривенно 150 ммоль в 1 л 5% декстрозы в течение 2–4 часов | Сдвиг внутриклеточно калия за счет повышения рН крови | ~ 4 часа | Вариабельная | Может уменьшить ионизированный кальций и дестабилизировать сердечные мембраны; | Минимально эффективен и не должен использоваться, если рН <7,2 |
| Удаление калия | | | | | | |
| Полистирол сульфат натрия (Caexalate) | 30 грамм внутрь | Обменивает натрий на калий в толстой кишке | > 2 часа | Вариабельная | Есть случаи некроза толстой кишки; не применяется при кишечной непроходимости, травмах или операциях на кишечнике; не применяется при тяжелой гиперкалемии | Можно повторять каждые 4–6 часов; Начальная доза 45-60 грамм при массе тела > 80 кг |

Б. Препараты действующие с умеренной быстротой и устраняющие перегрузку калием:

- петлевой диуретик у гиперволемичных больных с сохраненным диурезом, например, фуросемид 20-40 мг в/в или продленная инфузия фуросемида 5-40 мг/ч, можно повторить через 12 ч. Потерю жидкости, вследствие повышенного диуреза, компенсируют инфузией 0,9% NaCl. У гипо- и эволемичных пациентов введению фуросемида предшествует в/в инфузия 0,9% NaCl до коррекции гиповолемии или для компенсации потерь жидкости.

- катионообменные смолы, связывающие калий в пищеварительном тракте, т.е. выводящие с фекалиями. Полистирен сульфат натрия либо полистирен сульфат кальция связывают калий в желудочно-кишечном тракте в обмен на натрий. Этот препарат чаще всего назначается вместе с сорбитом для лечения острой гиперкалиемии. Большая часть эффекта, обусловлена увеличением объема стула, вызванным сорбитом. Надо учитывать, что длительное применение препарата плохо переносится, а в редких случаях препарат был связан с желудочно-кишечной токсичностью. Прием проводится орально или ректально в дозировке 30 г в 150 мл воды или 10% растворе глюкозы; при этом снижение калиемии на 0,5-1,0 ммоль/л происходит в течение 4-6 ч [37-39].

К относительно недавно применяемым в лечении препаратам относятся:

- циклосиликат циркония, представляет собой неабсорбированное микропористое соединение, которое связывает калий в обмен на натрий в желудочно-кишечном тракте. Было обнаружено эффективное снижение концентрации калия в плазме в зависимости от дозы у пациентов с высоким риском, большинство из которых получали блокаторы РААС.

Неблагоприятные события были в целом сопоставимы с таковыми с плацебо в клинических испытаниях. Этот препарат еще не одобрен для клинического применения (3 фаза рандомизированого клинического исследования (РКИ). Начало действия препарата через 30-120 мин, продолжительность от нескольких часов до дней, в дозировке 2,5-10 мг, только орально, 3 раза в день, 2 дня, для длительного приема: 2,5-5 мг 1 раз в день. Снижение и нормализация уровня калия во многих исследованиях происходит за 24 часа.

- патиромер (Veltassa) – неабсорбированный полимер, одобренный для клинического применения в лечении гиперкалиемии [41, 42]. Препарат связывает калий в обмен на кальций в желудочно-кишечном тракте, преимущественно в толстой кишке, и снижает концентрацию калия в плазме в зависимости от дозы, при этом наибольшее снижение наблюдается у пациентов с более высокими начальными значениями калия, начало действия препарата в течение 6 часов или более. Дозировка препарата – 8,4 мг-25,2 мг орально один раз в день. Снижение и нормализация уровня калия происходит за неделю. Препарат, не должен использоваться

при жизнеугрожающей гиперкалиемии из-за отсроченного эффекта.

Гемодиализ (редко перитонеальный диализ) проводится в случае жизнеугрожающей гиперкалиемии и у больных с тяжелой почечной недостаточностью, при этом происходит экстракорпоральный возврат калия (25-50 мкмоль/час). Может отмечаться постдиализный подъем. Продолжительность каждого диализа от 4-х до 4,5 и даже 5 часов и/или вводят дополнительные сеансы [43].

У больных с сахарным диабетом с гипорениновым гипоальдостеронизмом в первую очередь отменяют препараты с гиперкалиемическим действием (β -адреноблокаторы, иАПФ, БРА, блокаторы минералокортикоидных рецепторов, НПВП). Если, несмотря на отмену этих препаратов, гиперкалиемия попрежнему $>6,5$ ммоль/л вводят флудрокортизон по 0,05-0,2 мг/сут, в этом случае калий экскретируется с мочой [44, 45].

При подозрении на надпочечниковую недостаточность вводят глюкокортикоиды.

Выводы

Калий играет ключевую роль в физиологии и находится преимущественно внутриклеточно. Гиперкалиемия может привести к изменению потенциалов клеточных мембран, в первую очередь сердечных и нервно-мышечных клеток, что может вызвать аритмию с летальным исходом. Лечение предопределяется механизмами возникновения гиперкалиемии и включает стабилизацию сердечной мембраны, трансклеточный сдвиг и экскрецию калия. Необходим контроль и предотвращение высокого потребления диеты богатой калием, назначения препаратов, ведущих к повышению уровня калия (иАПФ, иБРА и др.). Самыми эффективными из рассмотренных лекарственных средств, для снижения уровня калия и купирования острой тяжелой гиперкалиемии, являются аэрозольные ингаляции салбутамола и внутривенное введение инсулина с декстрозой. Эффективность калий обменных смол не была проверена в рандомизированных контрольных исследованиях и требует дальнейшего исследования прежде, чем могут быть сделаны рекомендации для клинической практики. В настоящее время, коррекция гиперкалиемии не обеспечивает полного контроля за уровнем калия в течение длительного периода лечения. В перспективе, возможно внедрение достаточно эффективных пероральных средств с повышенной специфичностью к калию для лечения гиперкалиемии таких как: патиромер, циклосиликат циркония, полистиренсульфонат натрия либо полистиренсульфонат кальция, которые являются нововведением в лечении, но на сегодняшний день, не имеют разрешения к использованию.

Список литературы:

1. Nakhoul G, Haiquan H, Arrigain S, Jolly E, Schold D, Nally V, Navaneethan D. Serum Potassium, End-Stage Renal Disease and Mortality in Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol* 2015;41:456-463. DOI: 10.1159/000437151. Epub 2015 Jul 25.

2. Dunn JD, Benton WW, Orozco-Torrentera E, Adamson RT. The burden of hyperkalemia in patients with cardiovascular and renal disease. *Am J Manag Care* 2015;21(15):307–315.
3. Korgaonkar S, Tilea A, Gillespie BW, Kiser M, Eisele G, Finkelstein F, et al. Serum potassium and outcomes in CKD: insights from the RRI-CKD cohort study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5(5):762–9.
4. John R. Montford and Stuart Linas. How Dangerous Is Hyperkalemia? *J Am Soc Nephrol*. 2017;28(11):3155–3165.
5. Palmer BF, Clegg DJ. Electrolyte and acid-base disturbances in patients with diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2015;373:548–559.
6. Alderman MH, Piller LB, Ford CE, Probstfield JL, Oparil S, Cushman WC et al. Clinical significance of incident hypokalemia and hyperkalemia in treated hypertensive patients in the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial. *Hypertension* 2012;59:926–933.
7. Biff F Palmer, Deborah. J. Clegg Physiology and pathophysiology of potassium homeostasis. *Adv Physiol Educ* 2016;40:480–490.
8. Sahu MK, Singh SP, Das A, Abraham A, Airan B, Alam I, Menon R, Devagourou V, Gupta A. High blood tacrolimus and hyperkalemia in a heart transplant patient. *Ann Card Anaesth*. 2017 Apr-Jun;20(2):270–271.
9. Di Lullo L, Ronco C, Granata A, Paoletti E, Barbera V, Cozzolino M, Ravera M, Fusaro M, Bellasi A. Chronic Hyperkalemia in Cardiorenal Patients: Risk Factors, Diagnosis, and New Treatment Options. *Cardiorenal Medicine* 2019;1:8–21.
10. Sahu MK, Singh SP, Das A, Abraham A, Airan B, Alam I, Menon R, Devagourou V, Gupta A. High blood tacrolimus and hyperkalemia in a heart transplant patient. *Ann Card Anaesth* 2017;20(2):270–271.
11. Connie M. Weaver. Potassium and Health. *American Society for Nutrition. Adv. Nutr* 2013;4:368–377.
12. Oh KS, Oh YT, Kim SW, Kita T, Kang I, Youn JH. Gut sensing of dietary K⁺ intake increases renal K⁺ excretion. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2011;301:421–429.
13. Youn JH. Gut sensing of potassium intake and its role in potassium homeostasis. *Semin Nephrol* 2013;33:248–256.
14. Lee FN, Oh G, McDonough AA, Youn JH. Evidence for gut factor in K⁺ homeostasis. *Am J Physiol Renal Physiol* 2007;293:541–547.
15. Ki-Sook Oh, Young Taek Oh, Sang-Wook Kim, Toshihiro Kita, Insug Kang, and Jang H. Youn Gut sensing of dietary K⁺ intake increases renal K⁺ excretion. *American Journal of Physiology* 2011 Aug; 301(2):421–429.
16. Viera AJ, and Wouk N. Hypokalemia and Hyperkalemia. *Am Fam Physician*. 2015 Sep 15;92(6):487–495.
17. Collins AJ, Pitt B, Reaven N, Funk S, McGaughey K, Wilson D, Bushinsky DA. Association of Serum Potassium with All-Cause Mortality in Patients with and without Heart Failure, Chronic Kidney Disease, and/or Diabetes. *Am J Nephrol*. 2017;46(3):213–221.
18. Mushiakh Y, Dangaria H., Qavi S., et al. Treatment and pathogenesis of acute hyperkalemia *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2011;1(4):
19. Kumar R, Kanev L, D.Woods S, Brenner M, and Smith B. Managing Hyperkalemia in High-Risk Patients in Long-Term Care. *The American Journal of Managed Care* 2017 March 07;2-4.
20. An JN, Lee JP, Jeon HJ, Kim DH, Oh YK, on Kim S, Lim CS. Severe hyperkalemia requiring hospitalization: predictors of mortality *Crit Care*. 2012;16(6):225.
21. Liamis G, Liberopoulos E, Barkas F, Elisaf M. Spurious electrolyte disorders: a diagnostic challenge for clinicians. *Am J Nephrol* 2013;38:50–57.
22. Biff F Palmer, Deborah J. Clegg. Diagnosis and treatment of hyperkalemia. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2017;84(12):934–942. DOI: 10.3949 / ccjm.84a.17056.
23. Korgaonkar S, Tilea A, Gillespie BW, Kiser M, Eisele G, Finkelstein F, et al. Serum potassium and outcomes in CKD: insights from the RRI-CKD cohort study. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 May;5(5):762–9.
24. Meng QH, Wagar EA. Pseudohyperkalemia: A new twist on an old phenomenon. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2015;52(2):45–55.
25. Nappo T, Paugh-Miller Edward J, Ross A. Postoperative hyperkalemia *European Journal of Internal Medicine* March 2015;26(2):106–111.
26. Lehnhardt A, Kemper MJ. Pathogenesis, diagnosis and management of hyperkalemia *Pediatr Nephrol* 2011;26:377–384. DOI: 10.1007 / s00467-010-1699-3
27. Мартынов АИ, Кокорин ВА. Гиперкалиемия. Пособие для врачей Изд-во «Практическая Медицина» 2018;1680.
28. Dillon J, DeSimone C, Sapir Y, Somers V, Dugan J, Bruce C, Ackerman M, Asirvatham S, Striemer B, Bukartyk J, Scott K, Mikell S. Noninvasive Potassium Determination Using a Mathematically Processed ECG: Proof of Concept for a Novel “Blood-less, Blood Test *J Electrocardiol*. Author manuscript; available in PMC 2016 January 01.
29. Jain N, Kotla S, Little BB, Weideman RA, Brilakis ES, Reilly RF, et al. Predictors of hyperkalemia and death in patients with cardiac and renal disease. *Am J Cardiol*. 2012 May;109(10):1510–3.
30. Клинический протокол МЗ РК от «13» мая 2016 года Протокол № 3 Хроническая болезнь почек у взрослых. 59: 1-59
31. Fordjour KN, Walton T, Doran JJ. Management of hyperkalemia in hospitalized patients. *Am J Med* 2014;347:93–100.
32. Stewart J, Bolanos A, Little D, Chung K, Sosnov J, Miller N, Poirier M, Saenz K, McAlister V, Moghadam S... Show more. Hyperkalemia and Dialysis in the Deployed Setting *Jan. Military Medicine* 2018;183(1-2):147–152.
33. Luo J, Brunelli SM, Jensen DE, Yang A. Association

- between serum potassium and outcomes in patients with reduced kidney function. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11:90–100.
34. Jain N, Kotla S, Little BB, et al. Predictors of hyperkalemia and death in patients with cardiac and renal disease *Am J Cardiol* 2012;109:1510-1513. DOI:10.1016/j.amjcard.2012.01.367. Epub 2012 Feb 18.
35. Hoffmann P, Behandlung S. Der akuten hyperkaliämie. *Der Anaesthetist* June 2017;66(6):426–430.
36. Harel Z, Kamel KS. Optimal Dose and Method of Administration of Intravenous Insulin in the Management of Emergency Hyperkalemia: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 May 5;11(5).
37. Teruko Nakamura T, Fujisaki M, Miyazono M, Yoshihara H, Jinnouchi K, Fukunari Y, Awanami Y, Ikeda K, Hashimoto M, Yamasaki Y, Nonaka M, Fukuda T, Kishi Y. Risks and Benefits of Sodium Polystyrene Sulfonate for Hyperkalemia in Patients on Maintenance Hemodialysis September 2018;18(3):231–235.
38. Cullough PA, Costanzo MR, Silver M, Spinowitz B, Zhang J, Lepor NE. Novel Agents for the Prevention and Management of Hyperkalemia. *Rev Cardiovasc Med*. 2015;16(2):140–55.
39. Yu MY, Yeo JH, Park JS1, Lee CH, Kim GH. Long-term efficacy of oral calcium polystyrene sulfonate for hyperkalemia in CKD patients. *PLoS One*. 2017 Mar 22;12(3). DOI: 10.1371 / journal.pone.0173542.
- eCollection 2017.
40. National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Kidney Disease (Partial Update): Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adults in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
41. Weir MR, Mayo MR, Garza D, Arthur SA, Berman L, Bushinsky D, Wilson DJ, Epstein M. Effectiveness of patiomer in the treatment of hyperkalemia in chronic kidney disease patients with hypertension on diuretics. *J Hypertens*. 2017 May;35(1):57–63.
42. Li L, Harrison SD, Cope MJ, Park C, Lee L, Salaymeh F, Madsen D, Benton WW, Berman L, Buysse J. Mechanism of Action and Pharmacology of Patiomer, a Nonabsorbed Cross-Linked Polymer That Lowers Serum Potassium Concentration in Patients With Hyperkalemia. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2016 Sep;21(5):456-465.
43. Клинический протокол МЗ РК от «12» июля 2013 года Протокол № 14 Гемодиализ у детей; 23: 1-23
44. Dellinger, Phillip R, FCCMWeisberg, Lawrence S. Management of severe hyperkalemia. *Critical Care Medicine*: December 2008; 36 (12):3246-3251.
45. National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Kidney Disease (Partial Update): Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adults in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

ТҮЙІН

А.Ф. ГАБДРАУТОВ

ГИПЕРКАЛИЕМИЯ МЕХАНИЗМІ. ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІНДЕГІ ЖАҢА ШЕШІМДЕР

Қарағанды медицина университеті, Қарағанды,
Қазақстан

Гипергликемия аса ауыр және қолайсыз салдарға, атап айтқанда, өлім дәрежесі жоғары аритмияға, әсіресе БСА (бүйректің созылмалы ауруы), ЖЖ (жүрек жеткіліксіздігі), ҚД (қант диабеті), бауыр циррозы бар науқастарда тәуекел тобына әкелуі мүмкін. Гиперкалиемия фонында аритмиялар жиі кездеседі және тәуекел дәрежесі жоғары пациенттердің әр тобына ерекше назар аудару керек.

Мақсаты – гиперкалиемияның негізгі аспектілері, оның даму механизмдері, диагностиканың заманауи принциптері және емдеу әдістерін таңдау туралы әдеби көздер бойынша шолу жүргізу.

Материалдар мен әдістері – электрондық деректер базасы бойынша ҚР ДСМ-нің мақалаларына, клиникалық хаттамаларына аналитикалық шолу: 2007–2019 жылдар аралығындағы PubMed, Web of Science, Scopus, Medelement.

SUMMARY

A.F. GABDRAUTOV

THE MECHANISM OF HYPERKALEMIA. NEW SOLUTIONS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Karaganda Medical University, Karaganda,
Kazakhstan

Hyperkalemia can lead to serious and adverse effects, in particular to arrhythmia, with a high degree of mortality, especially in the risk group of patients with CKD (chronic kidney disease), CH (heart failure), DM (diabetes), liver cirrhosis. Arrhythmias as a result of hyperkalemia is common, and each of the groups of patients with high risk should be treated with special attention.

Purpose: to review the literature on the main aspects of hyperkalemia, mechanisms of its development, modern principles of diagnosis and choice of treatment methods.

Materials and methods: analytical review of articles, clinical protocols of Ministry of Healthcare RK on electronic databases (PubMed, Web of Science, Scopus, Medelement for the period from 2007 to 2019).

Results and conclusion. Potassium plays a key role in physiology and is predominantly intracellular. Hyperkalemia can lead to changes in the potentials of cell membranes, primarily cardiac and neuromuscular cells.

Нәтижелер мен қорытындылар. Калий физиологияда негізгі рөл атқарады және көбінесе жасушаішілік. Гиперкалиемия жасушалық мембраналардың, бірінші кезекте жүрек және жүйке-бұлшықет жасушаларының потенциалдарының өзгеруіне әкелуі мүмкін. Емдеу гиперкалиемияның пайда болу механизмдерімен алдын ала анықталады және жүрек мембранасының тұрақтануын, транслеттік ығысуын және калий экскрециясын қамтиды. Аспен қоса калийдің жоғары тұтынылуын, калий деңгейін арттыруға әкелетін препараттарды (ангиотензин-айналатын ферменттің тежегіштерін (ААФТ), рецепторларының блокаторларын ангиотензині (РБА) және т.б.) тағайындауды бақылау және алдын алу қажет. Гиперкалиемия салдарының болжамдық диагностикасына ЭКГ мониторингі қызығушылық танытады. Калий деңгейін төмендету және жедел ауыр гиперкалиемияны тоқтату үшін дәрілік заттардың ең тиімділігі сальбутамолдың аэрозольды ингаляциясы және декстрозасы бар инсулин көктамыр ішіне енгізу болып табылады. Алмасу кезіндегі шайыр калийінің тиімділігі рандомизацияланған бақылау зерттеулерінде тексерілмеген және клиникалық практика үшін ұсыныстар жасалғанға дейін одан әрі зерттеуді талап етеді. Қазіргі уақытта, гиперкалиемияны түзету ұзақ уақыт емдеу кезеңінде калий деңгейін толық бақылауды қамтамасыз етпейді.

Негізгі сөздер: гиперкалиемия, бүйректің созылмалы ауруы, ритм бұзылысы, патиромер, кальций глюконаты, инсулин, электрокардиограмма.

Treatment is predetermined by the mechanisms of hyperkalemia and includes stabilization of the heart membrane, transcellular shift and potassium excretion. It is necessary to control and prevent high potassium intake with food, prescribing drugs that lead to an increase in potassium levels (angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI), angiotensin receptor blockers (ARBs), etc.). ECG monitoring is of interest in prognostic diagnosis of hyperkalemia consequences. The most effective drugs to reduce potassium levels and relief of acute severe hyperkalemia are aerosol inhalation of salbutamol and intravenous insulin with dextrose. The efficacy of potassium exchange of tar has not been tested in randomized control studies and requires further investigation before recommendations can be made for clinical practice. Currently, the correction of hyperkalemia does not provide complete control over potassium levels over a long period of treatment. In the future, introduction of effective oral remedies with high specificity for potassium for the treatment of hyperkalemia such as petromar, cyclosilicate zirconium, polystyrenesulfonate polystyrenesulfonate sodium or calcium, could be reached, which would be an innovation of the treatment, but to this day, such treatment is not authorized.

Keywords: hyperkalemia, chronic kidney disease, rhythm disturbances, patyromer, calcium gluconate, insulin, electrocardiogram.

УДК 613.98
МРНТИ 76.29.59

Л.И. ГУМЕРОВА, Э.Р. ХАЗИАХМЕТОВА

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия
Научный руководитель: О.Л. Андрианова

Цель исследования: оценить влияние физической активности на клинические характеристики и на общее состояние здоровья пожилых пациентов.

Методы. В исследование были включены 52 пациента: мужчины (29%) и женщины (71%) в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст $72,7 \pm 7,5$ лет). Использован метод случайной выборки. Проводилось клиническое обследование: опрос жалоб, анамнеза, физикальное обследование по органам и системам, измерение АД, ЧСС, оценка антропометрических показателей. Проводилось анкетирование, тест 6-минутной ходьбы и анализ дневника физической активности. Исследовали общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности. Статистический анализ проводился при помощи программ Microsoft Excel, "Statistica 10,0", статистически значимыми считались изменения и различия при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе двигательной активности участников исследования было выявлено снижение физической активности. Очень низкая физическая активность была характерна для 6% пациентов, низкая физическая активность – для 76% пациентов, умеренная – для 12%, высокая – для 6%. Значительная часть пациентов занимала пассивную позицию по отношению к своему здоровью: самоконтроль ФА проводили 21%, о неблагоприятных последствиях низкой ФА знали 30% пациентов.

Для проведения комплексной оценки осуществлен анализ полученных антропометрических данных. Установлено, что из общего числа обследованных граждан величина индекса массы тела (ИМТ) – соотношение массы тела (кг) на квадрат длины тела (m^2), имела следующее распределение: у 36% ИМТ был в пределах нормы и составил $24,4 \pm 1,2$, у 4% – ИМТ составил $27,2 \pm 1,9$ (повышенное питание), у 24% – ИМТ составил $32,2 \pm 0,9$ (ожирение I степени), у 30% – ИМТ составил $37,5 \pm 1,9$ (ожирение II степени), у 10% – ИМТ составил $42,2 \pm 0,8$ (ожирение III степени).

Выводы. Переносимость физических нагрузок определяется сердечно-сосудистой патологией, а повседневная физическая активность зависит от привычек пациента и психологических факторов. Различия в характеристиках ФА ассоциировались с уровнями САД, ДАД, общего холестерина, с величиной ИМТ. Низкий уровень физической активности связан с большей выраженностью заболеваний, снижением качества жизни. Исследование позволило дать объективную оценку ФА в пожилом возрасте.

Ключевые слова: физическая активность, индекс массы тела, пожилой возраст, риск сердечно-сосудистых заболеваний, переносимость нагрузки, висцеральное ожирение.

Введение

С конца XIX века и по сей день в мире наблюдается явление «старения» населения – увеличение доли людей 65 лет и старше. По данным ООН к 2025 году каждый шестой житель Земли будет старше 60 лет. В России, для которой такая тенденция так же актуальна, каждый восьмой житель находится в возрасте 60 лет. Увеличить продолжительность жизни населения позволило развитие медицины. Основные действия по улучшению самочувствия граждан сводятся к приему лекарственных средств. Благодаря достижениям хирургии, фармации люди дольше могут сохранять здоровье и молодость. При этом забываются простые и доступные способы, такие как занятия физической культурой, поддержание двигательной активности. А ведь не редко ухудшение состояния здоровья и снижение работоспособности у людей пожилого возраста являются следствием не старения, а снижения или отсутствия физической активности [1].

Гипокинезия – доказанный фактор риска инсульта, ожирения, диабета 2 типа. В ходе исследования, проведенного W. Wendel-Vos и соавт., был сделан вывод, что физические нагрузки умеренной интенсивности по сравнению с низко-интенсивными нагрузками или практическим их отсутствием у лиц старшего и пожилого возраста представляют собой наиболее подходящий способ снижения риска инсульта.

Последними исследованиями, проведенными американскими учеными в Медицинском центре Университета Раша г. Чикаго, было выявлено положительное воздействие на когнитивные способности у лиц пожилого возраста, которые поддерживали оптимальный уровень физической активности. Исследователи обнаружили, что более высокие уровни ежедневных физических нагрузок были связаны с лучшими показателями мышления и памяти. Ученые также выяснили, что люди, которые имели лучшие двигательные навыки, также демонстрировали более высокие результаты когнитивных тестов. В среднем с увеличением уровня физической активности вероятность развития слабоумия у испытуемых понижалась на 31%, а те, кто чаще двигался, по словам исследователей, имел нарушения развития мозга на 55% реже.

Всемирной Организацией Здравоохранения был разработан подход «active aging», задача которого определяется как «активная оптимизация возможностей для сохранения здоровья, обеспечения социальной защищенности и участия в жизни общества в целях улучшения, обеспечения повышения качества жизни людей пожилого возраста».

Поддержать физически и социально активную жизнь в пожилом возрасте можно с помощью занятий физической культурой. Оздоровительный эффект физических упражнений отмечается даже в том случае, если впервые их начали выполнять в пожилом возрасте. Регулярные занятия умеренной интенсивности снижают риск многих соматических заболеваний. По результатам американских исследований, даже 30-минутные ежедневные пешие прогулки оказывают существенное положительное воздействие на организм пожилых людей: способствуют поддержанию нормального уровня глюкозы в крови, положительно влияют на показатели липидов, артериального давления [2].

Методы

В исследование были включены 52 пациента: мужчины (29%) и женщины (71%) в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст $72,7 \pm 7,5$ лет). Добровольное участие в исследовании подтверждалось подписанием информированного согласия. Использован метод случайной выборки. Проводилось клиническое обследование: опрос жалоб, анамнеза, физикальное обследование по органам и системам, измерение АД, ЧСС, оценка антропометрических показателей. Проводилось анкетирование (опросник двигательной активности ОДА23+; короткий опросник по физической активности (ФА) об уровнях ФА пациента и степени его мотивации к изменениям; короткий международный опросник по ФА основанный на учете ФА за последнюю неделю), тест 6-минутной ходьбы и анализ дневника физической активности. Исследовали общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности. Статистический анализ проводился при помощи программ Microsoft Exel, “Statistica 10,0”, статистически значимыми считались изменения и различия при $p < 0,05$.

Результаты

При анализе двигательной активности участников исследования было выявлено снижение физической активности. Очень низкая физическая активность была характерна для 6% пациентов, низкая физическая активность – для 76% пациентов, умеренная – для 12%, высокая – для 6%. (рис.1). Значительная часть пациентов занимала пассивную позицию по отношению к своему здоровью: самоконтроль ФА проводили 21%, о неблагоприятных последствиях низкой ФА знали 30% пациентов.

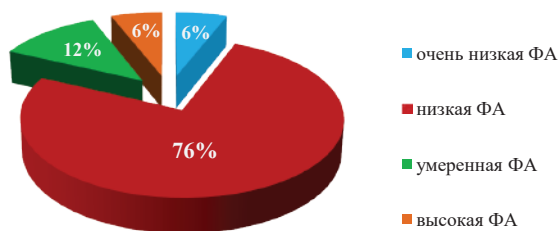


Рис. 1. Анализ двигательной активности пациентов пожилого возраста.

Согласно короткому опроснику по ФА: об уровнях ФА пациента и степени его мотивации к изменениям большинство пациентов не занимаются интенсивной или умеренной физической активностью регулярно, и не собираются начинать в ближайшее время, либо думают о том, что бы начать заниматься в ближайшие 6 месяцев. Многие опрошенные отмечают, что ограничивают свою физическую активность в связи с тем, что имеют в анамнезе заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы и физическая нагрузка приводит к появлению одышки, сердцебиения, головокружению. Так же некоторые пациенты отмечают, что за последний год их физическая активность снизилась, и оценивают уровень своего физического состояния как хуже среднего.

При анализе диагнозов пациентов было выявлено: артериальная гипертензия имела у 42% пациентов (у 30% – 1 степени, у 12% – 2 степени), у 66% – дислипидемия, ишемическая болезнь сердца – у 34%, нарушенная толерантность к глюкозе и сахарный диабет 2 типа – у 12% и 21% соответственно.

При проведении теста 6-минутной ходьбы большинство исследуемых считают ходьбу в течение непродолжительного времени (6 минут) по ровной поверхности тяжелым или довольно тяжелым занятием. В свою очередь, выполненная дистанция в большинстве случаев соответствует третьему функциональному классу (150-300 м) или второму (300-425 м), а показатели артериального давления и пульса значительно повышаются. Выявлена следующая закономерность – чем выше функциональный класс, тем медленнее показатели приходят в норму.

Для проведения комплексной оценки осуществлен анализ полученных антропометрических данных. Установлено, что из общего числа обследованных граждан величина индекса массы тела (ИМТ) –

соотношение массы тела (кг) на квадрат длины тела (m^2) имела следующее распределение: у 36% ИМТ был в пределах нормы и составил $24,4 \pm 1,2$, у 4% – ИМТ составил $27,2 \pm 1,9$ (повышенное питание), у 24% – ИМТ составил $32,2 \pm 0,9$ (ожирение I степени), у 30% – ИМТ составил $37,5 \pm 1,9$ (ожирение II степени), у 10% – ИМТ составил $42,2 \pm 0,8$ (ожирение III степени) (рис. 2) Величина обхвата талии (ОТ) у подавляющего большинства исследованных составляет 90-95 см у женщин и 100-14 см у мужчин, что превышает нормальный показатель.

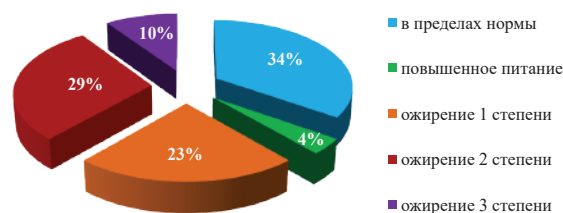


Рис.2. Распределение показателя ИМТ среди пациентов пожилого возраста.

Обсуждение результатов

Описанные выше результаты свидетельствуют о распространении тенденции к гиподинамии среди населения. Часть пациентов, участвовавших в нашем исследовании, одной из главных причин по которой они не занимаются физическими тренировками назвали отсутствие стимула к занятиям, в «невозможности себя заставить», из-за имеющихся в анамнезе патологий сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и других заболеваний. В то же время они признаются в информированности о пользе «активной жизни».

Даже при имеющихся заболеваниях адекватная физическая активность способна замедлить их прогрессирование, увеличить время ремиссии, в случае хронических патологий. Физическая активность – союзник, который улучшает переносимость физических нагрузок. Регулярное выполнение физических упражнений позволяет поддерживать в форме гибкость и подвижность суставов, эластичность мышц, что в свою очередь, позволяет облегчить выполнение упражнений и стимулировать продолжение занятий.

Известно, что малоподвижный образ жизни запускает в организме окислительный процесс, чем обеспечивается дисфункция эндотелия и, как следствие, выраженность атеросклероза. Регулярные нагрузки умеренной интенсивности оказывают положительное влияние на многие факторы риска развития атеросклероза, других заболеваний сердечно-сосудистой системы, включая повышенное артериальное давление, резистентность к инсулину и нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень триглицеридов, низкий уровень липопротеидов высокой плотности и ожирение.

Большую опасность при развитии ожирения представляет накопление центрального, или

висцерального жира, располагающийся внутри брюшной полости. Он имеет следующие особенности: большее количество жировых клеток на единицу массы ткани и усиленный кровоток; большая плотность адренорецепторов, особенно β_3 , рецепторов к глюкокортикоидам (кортизолу) и андрогенам; более выраженный липолиз, индуцируемый катехоламинами, и менее выраженное торможение липолиза в ответ на инсулин. Таким образом, висцеральная жировая ткань по-другому реагирует на гормональные воздействия, регулирующие изменения накопления и метаболизма липидов. Отложение жира по центральному типу напрямую связано с метаболическими отклонениями в организме – инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией, нарушением толерантности к глюкозе, гипертриглицеридемией, повышением фракции холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и уменьшением холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), при этом общий холестерин крови может оставаться относительно невысоким. У таких пациентов чаще развиваются сахарный диабет (СД), гипертония, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Именно при висцеральном типе ожирения существенно возрастает летальность от этих заболеваний. Центральное распределение жира характерно для СД 2 типа (СД2) даже при отсутствии избыточного веса и, по-видимому, детерминировано генетически. Избыток висцерального жира нарушает экскрецию инсулина печенью, повышает уровень свободных жирных кислот, нарушает окисление глюкозы и активирует глюконеогенез [3].

Физическая активность стимулирует обмен веществ, способствует росту коллатеральных сосудов, тем самым улучшает трофику тканей. Известно о взаимосвязи между тренировками и различными показателями свертывающей системы крови. Физическая активность повышает в плазме активность тканевого активатора плазминогена (tPA) и тем самым фибринолиз снижает активность ингибитора-1 активатора плазминогена (PAI-1), активность фибриногена, факторов свертывания VII и IX, фактора Виллебранда и уровень D-димера. Показано, что даже однократная тренировка в виде ходьбы усиливает эндогенный фибринолиз путем повышения активности tPA в плазме и снижения активности PAI-1. Таким образом, показана взаимосвязь и положительное влияние физических нагрузок на патогенез ишемической болезни сердца [1].

Обнаружена прямая зависимость показателей общего холестерина крови, артериального давления и индекса массы тела и обратная зависимость этих показателей с уровнем физической активности. Также выявлено, что у пациентов с более высоким уровнем физической подготовленности восстановление показателя частоты сердечных сокращений происходит быстрее. Определение ЧСС помогает определить переносимость нагрузки: у 30% пациентов после ФА отмечалась тахикардия, превышающая допустимую после нагрузок. Это объясняется тем, что физические

упражнения увеличивают парасимпатический тонус в покое [4].

Немаловажную роль физические нагрузки играют и в регулировании молекулярных процессов. Один из самых важных эффектов регулярных физических упражнений на молекулярном уровне – абсолютное увеличение концентрации в сосудистой стенке оксида азота (NO). Оксид азота отвечает за вазодилатацию, которая приводит к снижению периферического сопротивления и увеличению перфузии. Эндотелиальная синтаза оксида азота (eNOS), главный источник NO, активируется при увеличении напряжения тока крови на сосудистую стенку на фоне физической нагрузки.

Тесная взаимосвязь «работающих» мышц с обменом веществ, функционированием внутренних органов, с нервной системой оказывает общий оздоровительный эффект на организм человека. При регулярных нагрузках и системном подходе к физической культуре оптимизируется работа всех органов и систем за счет моторно-висцеральных рефлексов.

Доказанная эффективность лечебных мероприятий, в которых используются физические упражнения, позволяет использовать нагрузки в целях реабилитации пациентов с различными патологиями. При этом одни и те же упражнения, за счет общего воздействия на организм, могут оказывать положительное влияние при разных заболеваниях. Известна эффективность механотерапии с использованием тренажеров у пациентов, перенесших инсульт.

Выводы

Переносимость физических нагрузок определяется сердечно-сосудистой патологией, а повседневная физическая активность зависит от привычек пациента и психологических факторов. Различия в характеристиках физической активности ассоциировались с уровнями систолического и диастолического артериального давления, с величиной индекса массы тела и обхвата талии. Низкий уровень физической активности связан с большей выраженностью заболеваний, снижением качества жизни. Исследование позволило дать объективную оценку ФА в пожилом возрасте.

Наличие у пациентов перенесенных и хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, эндокринных патологий сводят к минимуму стимул к занятиям физическими упражнениями из-за страха усугубления самочувствия. Коррекция двигательной активности на основе установленного уровня здоровья может оказать положительное влияние на сохранение и восстановление здоровья и трудоспособности, повысить адаптационные возможности организма лиц пожилого возраста, снизить частоту возникновения обострений хронических заболеваний [5].

Мотивировать быть подвижными можно разными способами. Несомненно, одними из главных проводников в соблюдении здоровых привычек являются работники здравоохранения,

которые должны информировать пациентов о пользе умеренных нагрузок. Эффективным методом является так же воздействие на людей с помощью СМИ: рекламы, телевидения, выступлений ученых, издания специальной литературы, сетевых технологий. Важно знать, что адекватная систематическая физическая нагрузка является таким же методом лечения, как и лекарственные препараты, но без побочных эффектов и с более длительным действием, оказывает положительное влияние на весь организм, поддерживая его в тонусе.

Список литературы:

1. Санер Х, Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний посредством физической активности и

тренировок: нагрузка как лекарство. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия 2013;6(6):17–23.

2. Назарова ЕН, Жилов ЮД. Здоровый образ жизни и его составляющие. М.: Академия, 2008;256.
3. Бурков СГ, Ивлева АЯ. Избыточный вес и ожирение – проблема медицинская, а не косметическая. Ожирение и метаболизм 2010;3:15–19.
4. Гендлин ГЕ, Учаева ЯИ, Мелехова АВ. Физические нагрузки и продолжительность жизни. Атмосфера. Новости кардиологии 2013;3:39–44.
5. Якушин СС, Филиппов ЕВ. Физическая активность и ее значение для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Клиницист 2015; 9(3):10–14.

ТҮЙІН

Л.И. ГУМЕРОВА, Э.Р. ХАЗИАХМЕТОВА

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІКТІҢ ӘСЕРІ

Башқұрт мемлекеттік медицина университеті,
Уфа, Ресей

Кіріспе. Зерттеу мақсаты: егде науқастардың клиникалық сипаттамасы мен жалпы денсаулық жағдайына физикалық белсенділіктің әсерін бағалау.

Әдістері: Зерттеуге 52 пациент: 65 жастан 90 жасқа дейінгі аралықтағы (орташа жас - $72,7 \pm 7,5$ жас) (29%) ер адам, (71%) әйел адам қатыстырылды. Кездейсоқ тандау әдісі қолданылды. Клиникалық тексеру жүргізілді: шағымын сұрастыру, анамнез, ағзалар мен жүйелер бойынша физикалды тексеру, АҚ, ЖСЖ өлшеу, антропометриялық көрсеткіштерін бағалау. Сауалнама, 6 минуттық жүріс және физикалық белсенділік күнделігінің талдауы жүргізілді. Жалпы холестерин, триглицидтер, жоғары тығыздықтағы липопротеидтердің холестерині, төмен тығыздықтағы липопротеидтердің холестерині зерттелді. Статистикалық талдау Microsoft Excel, “Statistica 10.0” бағдарламаларының көмегімен жүргізілді, статистикалық мәнді болып өзгерістер мен $p < 0,05$ кезіндегі айырмашылықтар есептелді.

Қорытындылар. Зерттеуге қатысушылардың қозғалыс белсенділігін сараптау кезінде физикалық белсенділіктің төмендегені анықталды. Өте төмен физикалық белсенділік 6% пациентке тән болды, төмен физикалық белсенділік – 76% пациентке, бірқалыпты – 12%, жоғары – 6% пациентке тиесілі болды. Пациенттердің басым бөлігі өз денсаулығына енжар қарайды: 21% – ФА өзін өзі бақылауды жүргізді, төмен ФА жағымсыз салдары жөнінде 30% пациент білді.

Кешенді бағалау жүргізу үшін алынған антропометриялық мәліметтерге талдау жүргізілді. Тексерілген азаматтардың жалпы санынан дене салмағы индексінің көлемі (ДСИ) –дене ұзындығының

SUMMARY

L.I. GUMEROVA, E.R. KHAZIACHMETOVA

INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE ELDERLY PATIENTS HEALTH

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Purpose: to assess the impact of physical activity on clinical characteristics and overall health of elderly patients.

Materials and methods. The study included 52 patients: men (29%) and women (71%) aged 65 to 90 years (mean age 72.7 ± 7.5 years). The random sampling method is used. A clinical examination was conducted: a survey of complaints, anamnesis, physical examination of organs and systems, measurement of blood pressure, heart rate, evaluation of anthropometric indicators. A survey, a 6-minute walk test and an analysis of the physical activity diary were conducted. Total cholesterol, triglycerides, high-density lipoprotein cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol were investigated. Statistical analysis was carried out using programs Microsoft Excel, “Statistica 10.0”, statistically significant changes and differences were considered at $p < 0.05$.

Results. The analysis of motor activity of the study participants revealed a decrease in physical activity. Very low physical activity was characteristic for 6 % of patients, low physical activity - for 76 % of patients, moderate – for 12%, high – for 6%. A significant part of patients took a passive position in relation to their health: self-control FA was performed 21%, about the adverse effects of low FA knew 30% of patients.

The analysis of the obtained anthropometric data was carried out for a comprehensive assessment. It was found that out of the total number of surveyed citizens, the value of body mass index (BMI) - the ratio of body weight (kg) per square of body length (m^2), had the following distribution: 36% BMI was within the norm and amounted to 24.4 ± 1.2 , 4% BMI was 27.2 ± 1.9 (increased nutrition), 24% BMI was 32.2 ± 0.9 (obesity of I degree), 30% BMI was 37.5 ± 1.9 (obesity of II degree), 10% BMI - BMI was 42.2 ± 0.8 (grade III obesity).

квадратына (м²) дене салмағының (кг) ара қатынасы келесідей бөлінгендігі анықталды: 36%-да ДСИ қалыпты болды және 24,4±1,2 құрады, 4%-да ДСИ 27,2±1,9 (артық тамақтану) құрады, 24%-да ДСИ 32,2±0,9 (I дәрежелі семіздік) құрады, 30%-да ДСИ 37,5±1,9 (II дәрежелі семіздік) құрады, 10%-да ДСИ 42,2±0,8 (III дәрежелі семіздік) құрады.

Тұжырым: физикалық жүктемеге төзімділік жүрек-қан тамыр патологиясымен анықталады, ал күнделікті физикалық белсенділік пациенттің дағдылары мен психологиялық факторларына байланысты. ФА сипаттамаларындағы айырмашылықтар САҚ, ДАҚ, ЖХС деңгейлерімен, ДСИ көлемімен байланысты болды. Физикалық белсенділіктің төмен деңгейі жиі аурушандық белгісімен, өмір сапасының төмендеуімен байланысты. Зерттеу егде жаста ФА объективті баға беруге мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: физикалық белсенділік, дене салмағының индексі, егде жас, жүрек-қан тамыр ауруларының қаупі, жүктемеге төзімділік, ішкі ағзалардың семіруі.

Conclusion. exercise Tolerance is determined by cardiovascular disease, and daily physical activity depends on the patient's habits and psychological factors. Differences in the characteristics of FA were associated with the levels of the GARDEN, DBP, cholesterol, BMI value. The low level of physical activity is associated with a greater severity of disease, a decrease in the quality of life. The study allowed to give an objective assessment of FA in old age.

Keywords: physical activity, body mass index, old age, risk of cardiovascular disease, exercise tolerance, visceral obesity..

УДК 614.812:303.425.6

МРНТИ 76.75

А.М. ИСКАКОВА, А.В. ЕЛЕМЕСОВА

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г. СЕМЕЙ О КАЧЕСТВЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинский университет Семей, Семей, Казахстан

Научный руководитель: А.М. Искакова

Представлен анализ социальной удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинической помощью в г. Семей. С целью определения общественного мнения по вопросам организации работы медицинских учреждений, качества и доступности медицинских услуг, предоставляемых населению, проведено анкетирование пациентов в лечебно-профилактических учреждениях г. Семей (500 человек).

Методы. Данное исследование проводилось в 5-ти амбулаторно-поликлинических учреждениях (Поликлиника «Хаким», Центр ПМСП № 9, Центр ПМСП № 11, медицинское учреждение «Победа» ПМСП №19, Центр ПМСП №12), расположенных в разных районах г. Семей. В качестве респондентов выступили представители различных социальных и возрастно-половых групп населения г. Семей. В ходе проведения социологического исследования использовали бесповторную случайную выборку.

Результаты. В полной мере были удовлетворены качеством и объемом медицинской помощи 145 опрошенных (29%), частично удовлетворены – 290 граждан (58%), не удовлетворены вообще – 65 (13%).

До настоящего времени остается актуальной проблема информированности населения о доступности и качестве медицинских услуг. В проводимых исследованиях было выявлено, что о реформах здравоохранения в Казахстане население узнает от медицинских работников – 210 человек (42%), из средств массовой информации (центральное телевидение, радио) – 145 (29%), от друзей или знакомых – 115 (23%), вообще не интересовались этими вопросами – 30 респондентов (6%).

Выводы. Таким образом, абсолютное большинство – 435 пациентов (87%) удовлетворены качеством и объемом медицинской помощи, медицинскими услугами, предоставляемых в ПМСП и коэффициент удовлетворенности населения составил 0,76, что соответствует больше удовлетворены, чем не удовлетворены (соответственно шкале оценки оказанной медицинской помощи).

Однако, со слов пациентов, в 13% случаев были выявлены недостатки в работе поликлиник, требующие внимания со стороны руководства рассматриваемых ЛПУ, такие как долгое ожидание приема у специалистов, неудобный график работы, недостаток внимания со стороны медицинского персонала, дороговизна медицинских услуг

Ключевые слова: удовлетворенность, пациент, первичная медико-санитарная помощь, качество, информированность населения.

Введение

В Государственной Программе «Казахстан 2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» одним из приоритетов в жизни общества является здоровый образ жизни, что должно сделать общество здоровым [1].

Важная роль в этой государственной программе отводится медицинским работникам. Доказано, что между здоровьем общества и здравоохранением существует прямая связь [2]. В связи с этим, особое значение приобретают вопросы оказания медицинской помощи населению республики и вопросы качества медицинской помощи.

В 1978 г. Алма-Атинская декларация ВОЗ рассмотрела ряд вопросов, относящихся к повышению доступности медицинского обслуживания для каждого жителя планеты, и уделила внимание концепции первичной медико-санитарной помощи, определив ее как чрезвычайно важную практически для всех систем здравоохранения в мире [3].

В условиях рыночных отношений высокого уровня развития специализации участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене и координатором «медицинского маршрута» пациента в поликлинике. Сложившаяся ситуация потребовала пересмотра системы оказания ПМСП в амбулаторно-поликлинических условиях. Основное направление реструктуризации здравоохранения отражено в документах Министерства Здравоохранения, где определяющая роль в решении всех клинических и профилактических вопросов на уровне первичного звена отведена терапевту, педиатру и врачу общей практики (семейному врачу) [4, 5].

Более 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне АПУ. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения [6].

Основным стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи в РК является обеспечение всеми необходимыми условиями граждан республики в качественном медицинском обеспечении на всех его этапах – от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи.

С целью определения общественного мнения по вопросам организации работы медицинских учреждений, качества и доступности медицинских услуг, предоставляемых населению, проведено анкетирование пациентов в лечебно-профилактических учреждениях г. Семей (500 человек).

Методы

Данное исследование проводилось в 5-ти амбулаторно-поликлинических учреждениях

(Поликлиника «Хаким», Центр ПМСП № 9, Центр ПМСП № 11, медицинское учреждение «Победа» ПМСП №19, Центр ПМСП №12), расположенных в разных районах г. Семей. В качестве респондентов выступили представители различных социальных и возрастно-половых групп населения г. Семей. В ходе проведения социологического исследования использовали бесповторную случайную выборку.

Статистический инструментарий (анкеты), разработанные для проведения исследования, включал в себя различные блоки вопросов, касающиеся, в частности, доступности медицинской помощи для населения, качества ее оказания в конкретных амбулаторно-поликлинических учреждениях, удовлетворенности результатами, информированности потребителей медицинских услуг по различным вопросам и др.

Результаты

В результате анкетирования анализ социального статуса пациентов показал, что: 360 респондентов (72%) из них состоят в браке; 260 человек – работающие и служащие (52%) от общего числа проанкетированных больных, 50 человек – лица пенсионного возраста (10%). Большинство респондентов – 335(67%) посещали поликлинику от одного до трех раз в год.

Основными мотивами обращения за амбулаторной помощью послужили:

- направление специалистов – 85 респондентов (17%),
- близость расстояния – 185 респондентов (37%),
- совет родных и знакомых – 65 респондентов (13%),
- доступная стоимость лечения – 25 респондентов (5%),
- остальные – 140 респондентов (28%) обращались в поликлинику по различным другим причинам.

Как показал опрос, выбирая медицинское учреждение, большинство граждан – 405 человек (81%) обращаются в ПМСП, располагающихся в радиусе проживания, 65 респондентов (13%) – в платные медицинские учреждения, услугами нетрадиционной медицины пользовались 20 (4%), а за советом к аптечному работнику обращались 10 опрошенных (2%).

При обращении в медицинские учреждения ПМСП, предоставляемой информацией в регистратурах поликлиник были удовлетворены 485 респондентов (97%), не удовлетворены – 15(3%).

Поскольку амбулаторные карты пациентов должны храниться в регистратуре, то при записи на прием к врачу у 430 пациентов (86 %) карточки сразу находились в регистратуре.

На вопрос: «Записывают ли Вас на прием к врачу по телефону?» – 435 опрошенных (87%) ответили «Да», 65 респондентов (13%) – «Нет».

Информацию о работе необходимых специалистов при обращении по телефону получали все дозвонившиеся граждане.

При необходимости вызова врача на дом дозванивались в регистратуру: в течение 5 минут – 260 респондентов (52%), в течение 30 минут – 195 граждан (39%), около 1 часа – 35 (7%), свыше 2-х часов – 10 (2%).

Условиями пребывания в поликлинике были удовлетворены: микроклиматом в учреждениях ПМСП – 95%, оснащённостью мебели – 92%, санитарным состоянием ЛПУ – 92%, условиями для ожидания – 75% опрошенных.

На рисунке 1 представлены сравнительные данные мнения респондентов об условиях пребывания в разных поликлиниках г. Семей. Микроклиматом помещения были не удовлетворены больные ПМСП №19 – 13%, не устроило состояние мебели 13% опрошенных респондентов в ПМСП №12, условиями ожидания были не удовлетворены в среднем 25% каждой ПМСП.

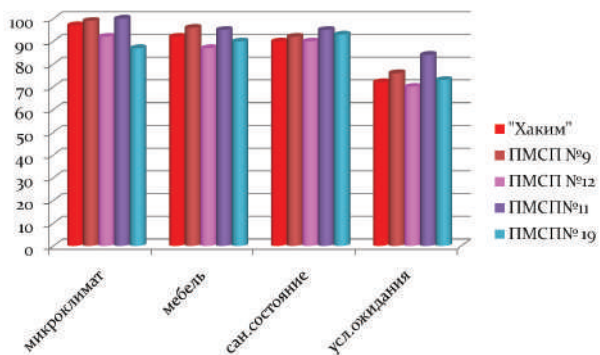


Рисунок 1 – Оценка условий пребывания респондентов в поликлиниках г. Семей

В ходе проведенного исследования были выявлены проблемы в организации лечебно-диагностического процесса в рассматриваемых учреждениях ПМСП. Полученные результаты свидетельствуют о том, что время ожидания приема врача часто сопоставимо со временем, затраченным на дорогу в лечебно-профилактические учреждения, а иногда и значительно превосходит его.

Так, 270 респондентов (54%) в среднем ожидали врачебного приема в поликлинике до 30 минут, 55 граждан (11%) до 1 часа, а 15 больных (3%) до 2-х часов и более. Однако введенная талонная система и предварительная запись в некоторых учреждениях (ПМСП №11, ПМСП №19) устраивает многих пациентов, в связи, с чем ожидание их в очереди на прием к врачу ограничивалось 5-10 минутами. На рисунке 2 наглядно представлено распределение ответов населения о времени ожидания их в очереди на прием к врачу.

При изучении вопросов и оценки уровня медицинского обслуживания большинство респондентов отметили, что организация приема в поликлиниках, качество лечения, проведение обследования, обеспечение ухода их удовлетворяет.

На рисунке 3 представлена сравнительная оценка уровня медицинского обслуживания населения в

поликлиниках г. Семей, где выявлены следующие недостатки по мнению обслуживаемого ими населения:

- организацией приема недовольны 13% респондентов в ПМСП №19 и 15% в ПМСП №12;
- недовольность населения качеством лечения 13% в ПМСП №19 и 16% в ПМСП №12 ;
- отсутствие лекарственных средств 13% в ПМСП «Хаким» и 15% в ПМСП №12.

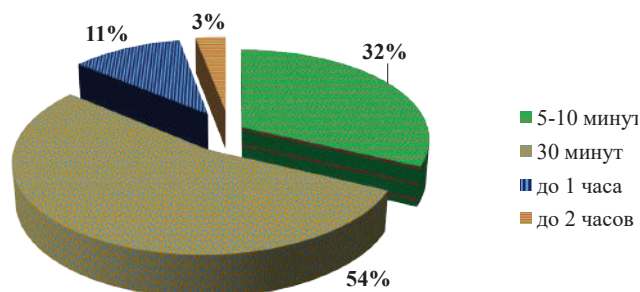


Рисунок 2 – Время ожидания пациентов в очереди на прием к врачу

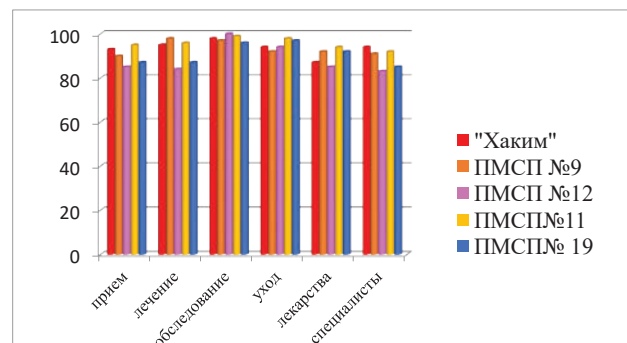


Рисунок 3 – Оценка уровня медицинского обслуживания

В проводимом исследовании, для оценки качества предоставляемых медицинских услуг персоналом, респондентам были предложены критерии, которым должен соответствовать медицинский работник, где пациенты оценивали их по пяти-балльной системе. Данные представлены в таблице. Основными характеристиками в данном разделе анкетирования были :

- четкость работы, которую оценили на «хорошо» и «отлично» – 70%, «удовлетворительно» – 24%, «плохо и очень плохо» – 6%;
- ответственность оценили на «хорошо» и «отлично» оценили оценили – 72%, «удовлетворительно» – 28%;
- внимательность оценили на «хорошо» и «отлично» – 72%, «удовлетворительно» – 25%, «плохо» – 3%;
- вежливость оценили на «хорошо» и «отлично» – 83%, «удовлетворительно» – 14%, «плохо» – 3%;
- честность оценили на «хорошо» и «отлично» – 73%, «удовлетворительно» – 24%, «плохо» – 3%;
- внешний вид оценили на «хорошо» и «отлично» – 87%, «удовлетворительно» – 11%, «очень плохо» – 2%;
- порядочность оценили на «хорошо» и «отлично» – 83%, «удовлетворительно» – 17%;

Таблица. Оценка населением деятельности медицинского персонала поликлиники

| Наименование | Отлично | | Хорошо | | Удовлетворительно | | Плохо | | Очень плохо | |
|---------------------------------------|---------|------|--------|------|-------------------|------|--------|-----|-------------|-----|
| | абс. ч. | % | абс.ч. | % | абс.ч. | % | абс.ч. | % | абс.ч. | % |
| Четкость работы | 155 | 31,0 | 195 | 39,0 | 120 | 24,0 | 15 | 3,0 | 15 | 3,0 |
| Ответственное выполнение обязанностей | 215 | 43,0 | 145 | 29,0 | 140 | 28,0 | - | - | - | - |
| Внимательное отношение | 160 | 32,0 | 200 | 40,0 | 125 | 25,0 | 15 | 3,0 | - | - |
| Вежливость | 165 | 33,0 | 250 | 50,0 | 70 | 14,0 | 15 | 3,0 | - | - |
| Честность | 285 | 57,0 | 80 | 16,0 | 120 | 24,0 | 15 | 3,0 | - | - |
| Внешний вид | 285 | 57,0 | 150 | 30,0 | 55 | 11,0 | - | - | 10 | 2,0 |
| Порядочность | 225 | 45,0 | 190 | 38,0 | 85 | 17,0 | - | - | - | - |
| Деликатность обращения | 80 | 16,0 | 280 | 56,0 | 135 | 27,0 | - | - | 5 | 1,0 |

- деликатность обращения оценили на «хорошо» и «отлично» – 72%, «удовлетворительно» – 27%, «очень плохо» – 1%.

Кроме того, при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения некоторые респонденты сталкивались в работе медицинского персонала с такими явлениями, как бездушное, невнимательное отношение работников – 80 человек (16%), грубость – 60 человек (12%), нарушение профессионального долга, врачебной этики – 50 опрошенных (10%), но большая часть анкетированных пациентов 310 (62%) утверждали, что не встречались с такими качествами со стороны медицинского персонала. Данные представлены на рисунке 4.

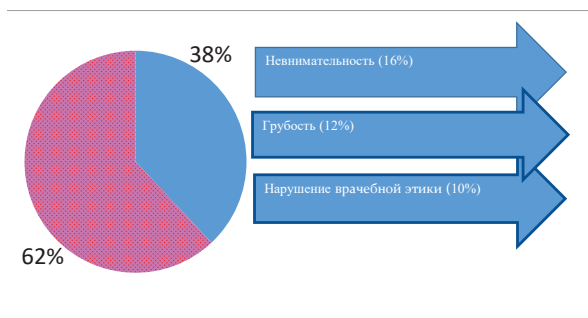


Рисунок 4 – Отношение медицинского персонала к пациентам

Результатами лечения были полностью удовлетворены 445 пациентов (89%), не удовлетворены – 30 больных (6%), затруднялись ответить – 25 (5%).

В результате опроса выяснилось, что к работе врачей, к которым обращались сами респонденты, 390 (78%) – относятся с большим доверием, а 75 (15%) – с некоторым недоверием, 35 граждан (7%) – затруднялись ответить.

Качеством проводимых профилактических осмотров удовлетворены 455 граждан (91%), не удовлетворены – 25 (5%), а 20 человек (4%) не знали о проведении данных профилактических мероприятий.

На диспансерном учете у различных узких специалистов на момент анкетирования состояло 205 (41%) опрашиваемых респондентов (чаще всего у кардиолога – 27%, у терапевта – 29%, у эндокринолога – 14%, невропатолога – 11,5%, гастроэнтеролога – 10%).

Пациенты, нуждающиеся в плановой госпитализации в лечебно-профилактические учреждения через Портал, госпитализировались в среднем в течение одной недели, что устраивало практически всех опрошенных респондентов 490 (98%).

Абсолютное большинство – 485 пациентов (97%) ответили, что получили в поликлинике все, что требовалось без дополнительных затрат и усилий.

Также мы решили узнать мнение пациентов о развитии платных услуг в сфере здравоохранения. Оказалось, что только 155 респондентов (31%) считают необходимым и полностью поддерживают введение платных услуг в системе здравоохранения, 175 (35%) – категорически против, 50 (10%) – считают нецелесообразным, 120 человек (24%) – затруднились ответить.

В полной мере были удовлетворены качеством и объемом медицинской помощи 145 опрошенных (29%), частично удовлетворены – 290 граждан (58%), не удовлетворены вообще – 65 (13%).

До настоящего времени остается актуальной проблема информированности населения о доступности и качестве медицинских услуг. В проводимых исследованиях было выявлено, что о реформах здравоохранения в Казахстане население узнает от медицинских работников – 210 человек (42%), из средств массовой информации (центральное телевидение, радио) – 145 (29%), от друзей или знакомых – 115 (23%), вообще не интересовались этими вопросами – 30 респондентов (6%).

Обсуждения результатов

Здоровье является важнейшей ценностью в жизнедеятельности каждого человека и в

целом общества, зависящее от ряда факторов: наследственности, окружающей внешней среды, экологии, образа жизнедеятельности, социального обеспечения, объема и содержания доступной и необходимой медицинской помощи. Немаловажное значение при этом имеют действия государственных органов, которые регулируют и устанавливают всевозможные социально-правовые механизмы защиты здоровья населения, в том числе гарантии надлежащего оказания медицинской помощи.

В Послании Президента народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнуто, что, одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны, должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

Оценка пациентом результатов медицинской помощи является не менее важной, чем профессиональная, экспертная, и может, при правильном использовании, служить эффективным инструментом управления качеством. Удовлетворенность пациентов во многом поднимает престиж организации здравоохранения, способствует повышению медицинской активности населения. Как показывает практика, уровень удовлетворенности больных прямо связан с качеством медицинского обслуживания [7].

Социологические исследования являются одним из критериев оценки деятельности ЛПУ и определения путей их совершенствования.

Изучение мнения населения о предоставлении медицинских услуг в АПУ осуществлялось по следующим направлениям: выбор медицинского учреждения; информация, полученная в регистратуре; условия пребывания в поликлинике; уровень медицинского обслуживания; время ожидания врача и другое. Выбирая медицинское учреждение в большинстве случаев (81%) населения обращалось в ПМСП, располагающихся в радиусе проживания, причем большинство респондентов (67%) посещали поликлинику от одного до трех раз.

При обращении в медицинские учреждения ПМСП, предоставляемой информацией в регистратурах поликлиник удовлетворены 97%.

При оценке условий пребывания в поликлинике были удовлетворены: микроклиматом в учреждениях ПМСП – 95%, оснащенностью мебели – 92%, санитарным состоянием ЛПУ – 92%, условиями для ожидания – 75% опрошенных.

Однако 54% респондентов в среднем ожидали врачебного приема в поликлинике до 30 минут, 11% до 1 часа, а 3% до 2-х часов и более. При оценке уровня медицинского обслуживания 8% населения не устраивает качество лечения, 11% жаловались, что нет необходимых специалистов. В 10% они не

удовлетворены отсутствием лекарственных средств, согласно перечню ГОБМП.

Результатами лечения были полностью удовлетворены – 89%, не удовлетворены – 6%, затруднились ответить – 5%.

Качеством проводимых профилактических осмотров удовлетворены 91%, не удовлетворены – 5%, а 4% не знали о проведении данных профилактических мероприятий.

Пациенты, нуждающиеся в плановой госпитализации в лечебно-профилактические учреждения через Портал, госпитализировались в среднем в течение одной недели, что устраивало практически всех опрошенных респондентов (98%).

Таким образом, абсолютное большинство – 435 пациентов (87%) удовлетворены качеством и объемом медицинской помощи, медицинскими услугами, предоставляемых в ПМСП и коэффициент удовлетворенности населения составил 0,76 ($K_{удовл. (АПУ)} = 0,76$), что соответствует больше удовлетворены, чем не удовлетворены (соответственно шкале оценки оказанной медицинской помощи).

Однако, со слов пациентов, в 13% случаев были выявлены недостатки в работе поликлиник, требующие внимания со стороны руководства рассматриваемых ЛПУ, такие как долгое ожидание приема у специалистов, неудобный график работы, недостаток внимания со стороны медицинского персонала, дороговизна медицинских услуг.

Список литературы:

1. Послание Президента РК Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 28 марта 2007 года «Новый Казахстан в новом мире».
2. Указ Президента РК 2004 г. №1438 «Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы». Астана, 2004;90.
3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи. Хроника ВОЗ. 1979;3(3):123–146.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 ноября 2011 года № 1263 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801. «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» Обновленный.
6. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. 2001;182.
7. Степкина Е.Л. Оптимизация обеспечения безопасности пациентов в организациях здравоохранения. Учебное пособие. Алматы, 2010;47.

ТҮЙІН

А.М. ЫСҚАКОВА, А.В. ЕЛЕМЕСОВА

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҮРҒЫНДАРЫНА
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ
САПАСЫ ТУРАЛЫ ӘЛЕУМЕТТІК САУАЛНАМА
НӘТИЖЕЛЕРІ

Семей медицина университеті, Семей, Қазақстан

Кіріспе. Медициналық мекемелердің жұмысын ұйымдастыру, халыққа көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасы мен қол жетімділігі мәселелері бойынша қоғамдық пікірді анықтау мақсатында Семей қаласының емдеу-алдын алу мекемелерінде емделушілерге сауалнама жүргізілді (500 адам).

Материалдар мен әдістер: бұл зерттеу 5 амбулаториялық-емханалық мекемелерде («Емхана Хақим», «№ 9 АМСК орталығы», «АМСК К орталығы №11», Медициналық мекемесі, «Победа» АМСК №19, «№12 АМСК орталығы») Семей қаласының әртүрлі аудандарында орналасқан. Респонденттер ретінде Семей қаласы тұрғындарының әртүрлі әлеуметтік және жас-жыныстық топтарының өкілдері болды. Әлеуметтік зерттеу жүргізу барысында кездейсоқ ретсіз таңдау қолданылды.

Нәтижелері: 145(29%) сұралғандар медициналық көмектің сапасы мен көлеміне толық қанағаттандырылды, ішінара қанағаттандырылды – 290 азамат (58%), жалпы қанағаттандырылмады – 65 (13%).

Осы уақытқа дейін халықтың медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасы туралы хабардар болу проблемасы өзекті болып қалуда. Жүргізілген зерттеулерде Қазақстанда Денсаулық сақтау реформалары туралы халық медицина қызметкерлерінен – 210 адам (42%), бұқаралық ақпарат құралдарынан (Орталық теледидар, радио) – 145(29%), достарынан немесе таныстарынан – 115(23%) білетіндігі анықталды, бұл мәселелерге мүлде қызығушылық білдірмегені – 30 респондент (6%).

Қорытынды: осылайша, абсолютті көпшілігі – 435 пациент (87%) медициналық көмектің сапасы мен көлеміне, БМСК-да көрсетілетін медициналық қызметтерге қанағаттанған және халықтың қанағаттану коэффициенті 0,76 (Кудовл.(АПУ)= 0,76), бұл қанағаттанбағаннан (көрсетілген медициналық көмекті бағалау шкаласына сәйкес) көп қанағаттандырылды.

Алайда, емделушілердің айтуы бойынша, 13% жағдайда емдеу-алдын алу мекемелерінің басшылығы тарапынан назар аударуды талап ететін емханалардың жұмысындағы кемшіліктер анықталды, олар: мамандардың ұзақ қабылдауын күту, ыңғайсыз жұмыс кестесі, медициналық персонал тарапынан назар аудармау, медициналық қызметтердің қымбат болуы.

Негізгі сөздер: қанағаттанушылық, науқас, медициналық көмек, сапа, халықтың ақпараттануы.

SUMMARY

A.M. ISKAKOVA, A.V. ELEMESOVA

THE SOCIOLOGICAL SURVEY RESULTS OF
THE HEALTH CARE PROVISION QUALITY OF
SEMEY CITY POPULATION

Semey Medical University, Semey, Kazakhstan

The article deals with the analysis of the social satisfaction of patients with ambulatory polyclinic care.

Purpose: to determine the public opinion on the organization of work of medical institutions, quality and availability of medical services provided to the population, conducted a survey of patients in medical institutions of Semey (500 people).

Materials and methods. This study was conducted in 5 outpatient clinics (“Polyclinic Hakim”, “PMA № 9”, “PMA №11,” the medical establishment “Victory” PMA № 19, “PMA 12”), located in different districts of Semey city. The respondents were representatives of various social and age– sexual groups. In the study, a non-repetitive random sample was used.

Results: 145 respondents (29%) were fully satisfied with the quality and volume of medical care, -290 (58%) were partially satisfied, -65(13%) were not satisfied at all.

To date, the problem of awareness of the population about the availability and quality of medical services remains relevant. In the conducted researches it was revealed that about health care reforms in Kazakhstan the population learns from medical workers – 210 people (42%), from mass media (Central television, radio) – 145(29%), from friends or acquaintances – 115(23%), -30 respondents (6%) were not interested in these questions at all.

Conclusion. Thus, a clear majority of the 435 patients (87%) were satisfied with the quality and quantity of medical care, medical services provided to PHC and the coefficient of satisfaction of the population was 0.76 (Kudul. (APU)= 0.76), which corresponds to more satisfied than not satisfied (according to the scale of evaluation of medical care).

However, according to the patients, in 13% of cases there were identified disadvantages in the work of clinics that require attention from the management of these hospitals, such as: long waiting for specialists, inconvenient work schedule, lack of attention from the medical staff, the high cost of medical services

Keywords: satisfaction, patient, primary health care, quality, public awareness.

УДК 614.2:616

МРНТИ 76.75

Г.Б. КУДАБАЕВА, А.Т. ОСПАНОВА, А.К. НУРИМОВА, Т.Н. ЖУМАБАЕВА

КСМ КАК МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

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

Научный руководитель: Т.Н. Жумабаева

Проведен литературный обзор по развитию семейной медицины за рубежом и в Казахстане.

Цель. Изучение опытов организации семейной медицины других стран для совершенствования работы Клиники семейной медицины (КСМ) ЗКМУ имени Марата Оспанова.

Методы: для сравнения и изучения опытов организации семейной медицины других стран для дальнейшего внедрения в КСМ было изучено несколько статей о развитии семейной медицины в США, России и Казахстане.

Результаты. Одна из стран, где семейная медицина развита и где действуют несколько организаций семейной медицины – это США. Наиболее авторитетные среди них – Американская академия семейных врачей. Важной функцией Американской академии семейных врачей является обеспечение и контроль качества постдипломного образования семейных докторов. Академия разработала основные правила Непрерывного медицинского образования (НМО). Американская академия семейных врачей также ведет активную работу по привлечению студентов-медиков в данную область.

Семейная медицина в России стартовала как эксперимент в 1987 г. в Москве, Тульской, Пензенской и Томской областях. В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Развитие семейной медицины в Казахстане началось в 1989 году, когда была открыта первая поликлиника смешанного типа, внутри которой появились отделения ВОП/СВ. После переобучения участковые терапевты и педиатры переквалифицированы как врачи общей практики. В Актюбинской государственной медицинской академии Клиника семейной медицины (КСМ), которая являлась единственной клиникой в городе Актобе, работающей по принципу – «семейный врач» и первой клинической базой для практической подготовки врачей общей практики. Деятельность Клиники семейной медицины началась с работы по формированию территориальных участков. На данном этапе КСМ пополняется подготовленными по специальной программе врачами общей практики.

Выводы. Для совершенствования работы КСМ и комплектации высококвалифицированными врачами общей практики необходимо:

- проведение профориентации в школах;
- привлечение студентов медицинского ВУЗа к работе семейного врача с первого курса;
- проведение конференции по обмену опытом между специалистами из разных областей медицины;
- предоставление возможности врачам распоряжаться финансами;
- внедрение должности координатора по медицинским и социальным вопросам.

Ключевые слова: семейная медицина, врач общей практики, развитие, рубеж, Актобе, КСМ.

Введение

Несмотря на технический прогресс человеческого общества, семья продолжает оставаться его главной «клеткой», формирующей общество. Поэтому совершенно оправдана постановка вопроса о состоянии и возможности развития семейной медицины на рубеже веков, на пороге нового тысячелетия, так как медицина и медицинская наука выходят сейчас на иной качественный уровень. Если США отмечают 30 лет истории существования данной отрасли здравоохранения, то в Казахстане происходит лишь ее становление.

Развитие здравоохранения давно уже определило основную фигуру первичной медицинской помощи. Этой фигурой стал семейный врач, называемый в некоторых странах (Великобритания, Нидерланды) врачом общей практики. Этот специалист оказывается подготовленным таким образом, что в 95% случаев всех обращений к нему он сам определяет диагноз

заболевания и необходимые меры лечения, а в 5% направляет специалистам узкого профиля. Таким образом, первичная медицинская помощь в развитых странах осуществляется семейными врачами, которые ведут больных на дому и в поликлинике.

На современном этапе, учитывая распространенность различных патологий неизвестной этиологии и миграцию населения, наблюдение пациентов одним врачом является необходимостью. Поэтому внедрение семейной медицины в практику, подготовка врачей общей практики (ВОП) является первостепенной задачей практического здравоохранения. Врачи общей практики должны хорошо знать наиболее распространенные болезни детей и взрослых, проводить диагностику, назначать необходимое обследование и лечение, проводить профилактические мероприятия. Также врачам общей практики необходимо хорошо знать не одно поколение семьи, все особенности здоровья ее членов, в том числе

и наследственные. Врач общей практики оказывает также медицинскую и профилактическую помощь лицам прикрепленные к его участку, независимо от возраста, пола или характера заболевания [1].

Основные цели любой системы здравоохранения – оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.

Целью данного исследования является изучение опытов организации семейной медицины других стран для совершенствования работы Клиники семейной медицины (КСМ) ЗКМУ имени Марата Оспанова.

Методы

Для сравнения и изучения опытов организации семейной медицины в других странах были изучены статьи из баз данных РИНЦ и Pubmed:

Результаты

США – одна из стран, где семейная медицина развита и действуют несколько организаций семейной медицины. Все они выполняют разнообразные функции, но при этом взаимодействуют между собой. Наиболее авторитетные среди них – Американская академия семейных врачей, Американский комитет по семейной практике и Комиссия по проверке подготовки ординаторов в области семейной практики при Совете аккредитации оканчивающих медицинское образование.

Американская академия семейных врачей является самой крупной из этих организаций, число ее членов в 90-е годы составило 90 000 человек. Участвовать в Американской академии семейных врачей могут все семейные врачи, а также ординаторы и студенты-медики (хотя последние имеют ограниченное право голоса в организационных вопросах). Руководство Американской академии семейных врачей регулярно избирается общим голосованием на демократической основе. Руководство академии расположено в Канзас-Сити и работает в тесном сотрудничестве с постоянными членами данной организации, определяя и воплощая в жизнь принципы академии.

Другой важной функцией Американской академии семейных врачей является обеспечение и контроль качества постдипломного образования семейных докторов. Представители данной специальности одними из первых признали, что современные врачи нуждаются в продолжении образования в течение всей профессиональной жизни для овладения новыми научными данными и методами лечения. Академия разработала основные правила непрерывного медицинского образования (НМО). Местные управления Американской академии семейных врачей (на уровне штатов и более мелких территориальных единиц) проверяют проекты курсов и лекций на соответствие этим правилам, и сертифицирует тех, которые подходят для НМО семейных врачей. Чтобы оставаться активным членом Американской академии семейных врачей, следует документально подтверждать свои регулярные занятия в системе НМО.

Американская академия семейных врачей также ведет активную работу по привлечению студентов-медиков в данную область. За символические членские взносы им предоставляется много возможностей. Местные управления академии часто разрешают студентам бесплатно участвовать в своих образовательных мероприятиях. Академия тесно сотрудничает с факультетами семейной медицины в вузах, участвуя в формировании штата преподавателей и тем самым повышая престиж данной профессии. Она сыграла неоценимую роль в укреплении позиций семейной медицины в трудные 80-е годы.

В течение последних лет данная дисциплина неуклонно растет и развивается. К концу 90-х годов по числу специалистов семейная медицина стала занимать второе место после терапии. Авторитет врачей общей практики неоспорим в медицинском мире, с их мнением считаются и власти всех уровней.

Семейная медицина в России стартовала как эксперимент в 1987 г. в Москве, Тульской, Пензенской и Томской областях. В 1991 г. было проведено несколько республиканских совещаний и международный советско-канадский семинар, на которых обсуждались вопросы реформы первичной медицинской помощи и создания модели семейной медицины. Была разработана основная нормативно-правовая база, которая дала толчок для развития общей врачебной практики в регионах.

На данный момент первичная преддипломная подготовка ВОП осуществляется во многих вузах России. Разработана и утверждена МЗ РФ программа подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики. В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. В среднем в месяц на одного ВОП приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16-20 пациентов [2].

Развитие семейной медицины в Казахстане началось в 1989 году, когда по приказу Министерства здравоохранения еще СССР в Алма-Ате была открыта первая поликлиника смешанного типа, внутри которой появились отделения ВОП/СВ. После переобучения участковые терапевты и педиатры переквалифицированы как врачи общей практики. В феврале 1996 г. появилась первая кафедра семейной медицины на базе АГИУВ, через 2,5 года такие кафедры были открыты во всех медицинских вузах. Международные специалисты начали подготовку казахстанских преподавателей: были обучены 30 педагогов, которые стажировались в Великобритании, а некоторые и в США. В 1999 году в стране было открыто около полутора тысяч (1472) новых организаций первично медико-санитарной помощи (ПМСП), семейных врачебных амбулаторий (СВА).

13 октября 1997 года в Актюбинской государственной медицинской академии была открыта Клиника семейной медицины (КСМ), которая являлась

единственной клиникой в городе Актобе, работающей по принципу – «семейный врач» и первой клинической базой для практической подготовки врачей общей практики. Внедрение службы врач общей практики в значительной степени приостановилась из-за отсутствия механизмов реализации и единых подходов в области реформирования первично-медико-санитарной помощи. Сотрудники клиники прошли 4-х месячное обучение по циклу «Семейная медицина» по программе «Тасис». Обучение проводилось согласно программе подготовки семейных врачей стран запада. Контроль за обучением осуществляли зарубежные специалисты [3].

Первые сертификаты по семейной медицине получили следующие сотрудники: Ж.Б. Досимов, У.М. Уразова, Г.Х. Сеитова, Ж.С. Примбетова, М.Н. Туребаев, К.А. Козыбаева, Д.Г. Байгурлина, А.М. Бримбетова, Ж.Н. Кенбейлов, Г. Курманалина, Б.И. Курманалин и многие другие. Это учебное подразделение было первым в Казахстане такого рода. В здании бывшего студенческого профилактория института открыли клинику семейной медицины с соответствующим приписным населением свыше 10 тысяч человек. Сотрудники кафедры и клиники обслуживали на участках пациентов независимо от возраста, пола и нозологии.

Деятельность КСМ началась с работы по формированию территориальных участков. С населением была проведена большая разъяснительная работа по раскрытию понятия «семейная медицина». При этом подчеркивалось, что семейная медицина – новая форма организации здравоохранения в РК, в которой он оказывает многопрофильную медицинскую помощь, осуществляет первичное и непрерывное наблюдение и лечение приписанных к нему лиц, независимо от возраста, пола и характера заболевания. Пациентам важно было уяснить себе, что независимо от того, что их беспокоит, им дана привилегия открыть только одну дверь, которая ведет в кабинет их семейного врача.

По данным статического управления областного отдела здравоохранения к 2014 г., в начале становления ОВП в системе здравоохранения нашей области семейные врачи были подготовлены из числа практикующих врачей участковой службы на базе ЗКГМУ имени М.Оспанова. На тот момент ряды ВОП пополнялись, в основном, за счёт переподготовки участковых терапевтов и педиатров. Согласно приказу МЗ РК №415 от 16.06.2012 г. участниками пилотного проекта по Актюбинской области были определены три городские поликлиники города Актобе: №1, №2, №4. Была внедрена система оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подшевному начислению с июля 2012 года и организованы участки ВОП. В 2012 г. было организовано 104 участка ВОП, что составило 24,6% от всех участков, из них 92 участка ВОП в районах области (88,5%).

На данном этапе КСМ пополняется подготовленными по специальной программе врачами

общей практики. То есть выпускники медицинского ВУЗа сразу получают диплом врача общей практики. Естественно это способствует улучшению качества оказания медицинской помощи

По данным статического управления областного отдела здравоохранения к 2019 г., Количество врачей ВОП на 01.01.2019 год:

| | Врачи ВОП |
|------------------|-----------|
| Всего по области | 466 |
| По г. Актобе | 318 |
| По КСМ | 9 |

Обсуждение результатов

Почему подготовка семейных врачей и обслуживания пациентов зарубежом привлекает нас?

В США и Великобритании каждый студент медицинского вуза независимо от будущей специальности с первой недели учебы приходит на кафедру семейной медицины и закрепляется за одной семьей. Все 6 лет молодой человек ходит в эту семью, общается и наблюдает все возникающие проблемы со здоровьем. Постепенно, с годами, он начинает понимать происходящее, учиться, читать литературу по проблеме, советоваться с преподавателями и становится все более полезным для семьи. Такой подход имеет колоссальные преимущества, в частности, позволяет выявить профнепригодность с первого года обучения на врача. Если студенту не интересны люди, их болезни, в целом, профессия врача, то, скорее всего, он ошибся с выбором профессии [4-5].

Учитывая, что в США, как и в России и в Казахстане, первичную медицинскую помощь оказывают параллельно, не пересекаясь, врачи четырех основных специальностей широкого профиля: врачи общей практики (семейные врачи), участковые терапевты, участковые педиатры и акушеры-гинекологи. Результаты этого исследования дают возможность интерполировать первичную медико-санитарную помощь.

Современные проблемы общей врачебной практики в России:

- недостаточная материально-техническая база;
- недостаточная инфраструктура первичной медицинской помощи;
- свободный доступ пациентов к узким специалистам через «самозапись»;
- уравнительная оплата труда врачей-терапевтов и семейных врачей, которая
- не стимулирует к расширению использования новых навыков;
- нехватка врачей общего профиля в первичном звене;
- недостаточные объемы переподготовки участковых врачей во врачей общей практики;
- фрагментация оказания медицинской помощи пациентам;
- слабая профилактическая направленность работы врача;

- недостаточная мотивация семейных врачей к расширению медицинских
- услуг и работе с больными, имеющими хронические заболевания;
- старение врачебных кадров;
- недостаточная готовность к модернизации первичной медицинской помощи.

Развитие семейной медицины в России и Казахстане по оптимистичному сценарию.

Основные направления следующие:

1. Материально-техническое дооснащение амбулаторно-поликлинических учреждений;
2. Внедрение передовых информационных систем (создание системы дистанционного мониторинга основных физиологических параметров пациента; автоматизированное рабочее место; ресурсы в Интернете для пациентов и семейных врачей; доступ пациента к медицинской информации о своем здоровье с использованием телекоммуникационных технологий);
3. Поэтапный перевод участковой службы в общую врачебную практику;
4. Участие врачей и среднего медперсонала в программах непрерывного профессионального образования с целью повышения квалификации и лучшего оказания помощи пациентам;
5. Внедрение новых организационных и лечебно-диагностических технологий в амбулаторных условиях, например стационар замещающих форм, патронажа и др.;
6. Проведение научных исследований в области семейной медицины;
7. Работа в междисциплинарной команде: взаимодействие со специалистами поликлиник, стационаров, специализированных служб, социальными работниками;
8. Применение принципов семейной медицины в общей врачебной практике.

Так, в Бельгии врач общей практики обслуживает 725, в Финляндии – 1730, в Германии – 2000 человек населения.

Число пациентов, принимаемых в неделю врачом общей практики в Англии, колеблется от 25 до 225, в среднем – 100-140 человек. Консультация пациента занимает от 5 до 9 мин. Число визитов врачей на дом также имеет большой разброс – от 3 до 33 в неделю, при этом у некоторых врачей они занимают 2%, а у других – до 25% рабочего времени.

В Австрии пациент не прикреплен к какой-либо определенной поликлинике. При обращении за медицинской помощью пациент вручает врачу страховой полис, действительный в течение 3 месяцев, с целью представления в страховую компанию для последующей оплаты. В течение 3 мес. пациент обязан лечиться у данного врача. Дети до 15 лет осматриваются, по крайней мере, 1 раз в год; пожилые люди также имеют право провериться 1 раз в год. Для осуществления перинатальной помощи имеется

специальное обслуживание.

В странах Западной Европы существует несколько принципиально разных систем оплаты труда врачей общей практики: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма за каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу пациента) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные их комбинации [6].

Выводы

Что нам необходимо, чтобы достичь такого уровня?

- проводить профориентации в школах: встреча школьников с ветеранами медицины, посещение анатомического музея ЗКМУ и клиники;
- привлечь студентов медицинского ВУЗа к работе семейного врача с первого курса, путем прикрепления за ним определенную семью или несколько семей. Это способствовало бы приобретению студентом практических навыков и определится в окончательном выборе профессии;
- проводить конференции по обмену опытом между специалистами из разных областей медицины, реализовывать программы обучения, проводить регулярные еженедельные занятия, использовать возможности электронного обучения, а также распространять печатные учебные материалы;
- *создание площадки для обмена знаниями и опытом*: ежемесячные совещания, позволяющие всем врачам обмениваться опытом и знаниями с коллегами. Такие совещания открывают перед участниками разные возможности: коллеги могут делиться с опытом улучшения клинических показателей, эксперты – выступать с презентациями по интересующим темам, а группы в целом могут планировать реализацию перспективных программ по совершенствованию;
- дать врачам возможность напрямую заключать договор с государством на обслуживание определенного количества населения, чтобы они самостоятельно нанимали себе в команду медсестер, менеджеров, регистраторов, другой вспомогательный персонал, и могли сами строить здания для своих клиник, покупать то оборудование, которое считают нужным, объединяться с другими врачами общей практики и нанимать узких специалистов – консультантов, диагностов;
- программное обеспечение собственной разработки, которое помогает врачам в принятии решений и позволяет получить четкое представление о показателях эффективности;
- *автоматизированные системы мониторинга показателей эффективности*;
- *использование института координаторов по медицинским и социальным вопросам*.

В рамках программы по созданию интегрированной системы медицинского обслуживания в регионе Торбей в Великобритании была учреждена новая должность – координатор по *медицинским и социальным* вопросам. Координаторы не обладают медицинскими знаниями

и навыками. Они взаимодействуют с пациентами, их родственниками и медицинскими учреждениями. Участковые координаторы владеют информацией о том, какие пациенты находятся в нестабильном состоянии, а какие в данный момент не нуждаются в срочной медицинской помощи. Они заранее выявляют потребности в медицинском обслуживании, взаимодействуя с врачами разной специализации и социальными работниками, чтобы надлежащим образом организовывать и корректировать программы лечения каждого пациента. Помимо этого, они обеспечивают эффективный обмен информацией между всеми организациями.

Простого или быстрого способа изменить методы работы врачей амбулаторного звена не существует. Но, чтобы отвечать современным требованиям к качеству и стоимости медицинской помощи, необходимо проводить преобразования. Обеспечить ощутимый эффект от преобразований и сохранить его в долгосрочной перспективе можно только в том случае, если врачи общей практики будут принимать непосредственное и активное участие в разработке соответствующих программ. Они возьмут на себя такую роль лишь тогда, когда убедятся, что изменения необходимы. Кроме того, чтобы развивать успех программы преобразований в течение длительного времени, необходимы формальные механизмы поддержки, программы развития навыков и личный пример со стороны руководителей, коллег и подчиненных. Возможно, решить эту задачу будет весьма непросто, но усилия того стоят: в случае успеха

можно повысить эффективность лечения пациентов и сократить затраты на лечение.

Возможно, пока это кажется недостижимой, однако именно так работают семейные врачи в Великобритании, Голландии, Скандинавских странах, Австралии, Канаде, Новой Зеландии, Румынии. Таким образом, будет повышаться престиж профессии. В медицину придут мотивированные абитуриенты, это значит, кардинально улучшится качество отечественного здравоохранения.

Список литературы:

1. Кузнецова ОЮ, Плешанова ЖВ, Зернюк ЮА, Мотовилов ДЛ, Дремов РИ. Семейная медицина. 20 лет спустя. *Russian Family Doctor* 2016;20(2);35-42.
2. Денисов ИН. Развитие семейной медицины - основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации. *Альманах клинической медицины* 2004;(4):3-16.
3. Калиев АА, Тунгатарова МА, Камысбаева КУ, Мазин МЖ. Некоторые аспекты развития общей врачебной практики в Актюбинской области. *Медицинский журнал Западного Казахстана* 2014;3(43):61-64.
4. Вейллес Р. История семейной медицины. Лечащий врач. <https://www.lvrach.ru/2001/01/4528483/>
5. Нугманова Д. Опираясь на международные стандарты. <https://www.kazpravda.kz/fresh/view/opirayas-na-mezhdunarodnie-standarti/?print=yes>
6. Лучкевич ВС. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. СПб: СПбГМА; 1997.

ТҮЙІН

Г.Б. ҚҰДАБАЕВА, А.Т. ОСПАНОВА,
А.Қ. НУРИМОВА, Т.Н. ЖУМАБАЕВА

КСМ ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКА ДАМУЫНЫҢ МОДЕЛІ РЕТІНДЕ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Шетелде және Қазақстанда отбасылық медицинаны дамыту туралы әдеби шолу жүргізілді.

Мақсаты: Марат Оспанов атындағы БҚМУ отбасылық медицина клиникасының (КСМ) жұмысын жақсарту мақсатында басқа елдерде отбасылық медицина ұйымдастыру тәжірибесін зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Басқа елдердегі отбасылық медицина ұйымдарының тәжірибесін салыстыру және зерделеу үшін КСМ-ге ары қарай енгізу үшін АҚШ, Ресей және Қазақстанда отбасылық медицинаның дамуы жайлы бірнеше мақалалар зерттелді. Нәтижелері: АҚШ-та, отбасылық медицина дамыған елдерде бірнеше отбасылық медицина

SUMMARY

G.B.KUDABAYEVA, A.T.OSPANOVA,
A.K.NURIMOVA, T.N.ZHUMABAYEVA

FMC AS A MODEL FOR THE GENERAL MEDICAL PRACTICE DEVELOPMENT

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

A literature review on the development of family medicine abroad and in Kazakhstan was conducted.

Purpose: to study the experience of the organization of family medicine in other countries to improve the work of the Family Medicine Clinic (FMC) of West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University.

Materials and methods. In order to compare and study the experiences of family medicine organizations in other countries, several articles on the development of family medicine were studied in the USA, Russia and Kazakhstan for further introduction into the FMC.

Results. The USA is one of the countries where family medicine is developed, where several family medicine

ұйымдары жұмыс істейді. Олардың арасында ең беделдісі — Америкалық академияның отбасылық дәрігерлері. Американдық отбасылық дәрігерлер академиясының маңызды функциясы отбасылық дәрігерлерге арналған жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру сапасын қамтамасыз ету және бақылау болып табылады. Академия медициналық білім беруді жалғастырудың негізгі ережелерін әзірледі. Американдық отбасылық дәрігерлер академиясы осы салаға медициналық студенттерді тартуға да белсенді. Ресейдегі отбасылық медицина 1987 жылы Мәскеу, Тула, Пенза және Томск облыстарында тәжірибе ретінде басталды. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер негізінен алдыңғы қатарлы медициналық білім беру факультеттерінде арнайы тренингтерден өткен терапевттер болды. Қазақстанда отбасылық медицинаны дамыту 1989 жылы басталды, алғашқы аралас типтегі емхана ашылды, оның шеңберінде ЖТД / ОД бөлімдері пайда болды. Отбасылық медицина клиникасының қызметі аумақтық аймақтарды қалыптастыру бойынша жұмыстардан басталды. Осы кезеңде КСМ арнайы бағдарлама бойынша оқытылатын жалпы тәжірибе дәрігерлерімен толтырылады.

Қорытынды: КСМ-нің жұмысын жетілдіру және жоғары білікті тәжірибелі дәрігерлермен жұмыс істеу үшін қажет:

- мектептерде кәсіптік бағдар беру;
- бірінші курс студенті ретінде, отбасылық дәрігер ретінде жұмыс істеу үшін университет балын тарту;
- әртүрлі медицина салаларының мамандары арасында тәжірибе алмасу бойынша конференциялар өткізу;
- дәрігерлерге қаржыны басқаруға мүмкіндік беру;
- медициналық және әлеуметтік мәселелер бойынша үйлестірушінің лауазымын енгізу.

Негізгі сөздер: *Отбасылық медицина, жалпы тәжірибелік дәрігер, даму.*

organizations operate. The most authoritative among them is the American Academy of Family Physicians. An important function of the American Academy of Family Physicians is to provide and control the quality of postgraduate education for family doctors. The Academy has developed the basic rules for continuing medical education. The American Academy of Family Physicians is also active in attracting medical students to this area. Family medicine in Russia started as an experiment in 1987 in Moscow, in Tula, Penza and Tomsk regions. The GPs are mainly GPs who have undergone special training in the faculties of advanced medical education. The development of family medicine in Kazakhstan began in 1989, when the first mixed-type polyclinic was opened, within which GP departments appeared. After retraining, district therapists and pediatricians are retrained as general practitioners. Family Medicine Clinic (FMC), which was the only clinic in the city of Aktobe operating on the principle of “family doctor” and the first clinical base for the practical training of general practitioners. The activities of the Family Medicine Clinic began with work on the formation of territorial areas. At this stage, the FMC is replenished with general practitioners trained under a special program.

Conclusion. To improve the work of the FMC and staff with highly qualified general practitioners it is necessary to:

- to conduct career guidance in schools
- to attract students of the medical universities to the work of a family doctor from the first course
- to hold conferences on the exchange of experience between specialists from different fields of medicine
- give doctors the opportunity to manage finances
- to introduce the position of coordinator for medical and social issues.

Keywords: *family medicine, general practitioner, development, milestone, Aktobe, FMC.*

УДК 612.397:616.1
МРНТИ 76.29.30

М.К. МАЖЕН, М. МЕЙРАМБАЙҚЫЗЫ, Р.Ш. ТУЛЕУОВА

СВЯЗЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСЫЩЕННЫХ ЖИРОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
Научный руководитель: Р.Ш. Тулеуова

Нерациональное питание является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Целью исследования было изучить взаимосвязь употребляемых насыщенных жирных кислот на биомаркеры риска сердечно-сосудистых заболеваний. В исследовании участвовали 195 пациентов. По результатам регрессионного анализа была определена слабая связь между сердечно-сосудистых заболеваний и насыщенных жирных кислот [ОШ = 1,02 (95% ДИ 0,75, 1,95)] $p < 0,05$. Была уточнена роль других факторов (ИМТ, АД, курение, окружность талии) по сравнению с потреблением насыщенных жирных кислот в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний. Корректировка рациона питания для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является снижением потребления источников насыщенных жирных кислот, важно учитывать, какие продукты или заменители питательных веществ связаны с уменьшением риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: Сердечно-сосудистые заболевания, насыщенные жирные кислоты, мононенасыщенные жирные кислоты, полиненасыщенные жирные кислоты.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей глобальной причиной смерти, на их долю приходится 17,3 миллиона смертей в год. Профилактическое лечение, которое уменьшает ССЗ даже на небольшой процент, может значительно сократить, как в национальном, так и в глобальном масштабе, количество людей, у которых развиваются ССЗ, и затраты на их уход. Американская кардиологическая ассоциация в своей рекомендации по диетическим жирам и ССЗ рассматривает и обсуждает научные данные, в том числе самые последние исследования, о влиянии потребления насыщенных жиров с пищей и его замены другими видами жиров и углеводов на ССЗ [1]. Таким образом, рандомизированные контролируемые исследования, которые снизили потребление диетического насыщенного жира и заменили его полиненасыщенным растительным маслом, снизили ССЗ примерно на 30%, аналогично снижению, достигнутому при лечении статинами. Проспективные обсервационные исследования во многих популяциях показали, что более низкое потребление насыщенных жиров в сочетании с более высоким потреблением полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров связано с более низкими показателями ССЗ и других основных причин смерти и смертности от всех причин [2]. Напротив, замена насыщенных жиров в основном рафинированными углеводами и сахарами не связана с более низкой частотой ССЗ и не снижает риск ССЗ в клинических испытаниях. Замена насыщенных жиров снижает уровень ХС-ЛПНП, причину атеросклероза, связывая биологические данные с частотой сердечно-сосудистых заболеваний в популяциях и в клинических испытаниях. Принимая во внимание совокупность научных данных, удовлетворяющих строгим критериям причинности, АКА решительно заключает, что снижение потребления насыщенных жиров и замена их ненасыщенными жирами, особенно полиненасыщенными жирами, снизит частоту сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Этот рекомендуемый переход от насыщенных к ненасыщенным жирам должен происходить одновременно в общем здоровом рационе питания, таком как DASH (диетические подходы к прекращению гипертонии) или средиземноморской диете, как подчеркивается в рекомендациях по образу жизни Американской кардиологической ассоциации 2013 года и в 2015 годах [1, 3].

Сокращение количества насыщенных жиров и замена их полиненасыщенными жирами в рандомизированных контролируемых исследованиях снизило заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями [4, 5]. Население с очень низким потреблением насыщенных жиров, например, в Восточной

Азии и в средиземноморских странах очень низкий уровень сердечно-сосудистых заболеваний [6], и члены многих одиночных групп населения, которые имеют низкое потребление насыщенных и ненасыщенных жиров, имеют более низкую частоту сердечно-сосудистых заболеваний в будущем по сравнению с теми, у кого высокое потребление насыщенных [7].

Цель исследования

Изучить взаимосвязь употребляемых насыщенных жиров на биомаркеры риска ССЗ.

Методы

В одномоментном поперечном исследовании приняли участие 195 человек казахской популяции, на основе информированного согласия был заполнен опросник FFQ_KZ, валидизированный для казахской популяции, оценивающий пищевые привычки участников за последний год и индивидуальные регистрационные карточки (протокол заседания локального этического комитета №1 от 28.01.2018 г.).

Результаты

В исследовании приняли участие 195 человек. 158 мужчин и 37 женщин, средний возраст $61,2 \pm 10,4$ лет. Средний вес $79,2 \pm 14,7$, рост $168,5 \pm 9,2$, ИМТ $28,07 \pm 7,02$, ОТ $97,93 \pm 16,7$ см. Высшее образование у 47%, среднее – у 51,5%, 1,5% участников со средне специальным образованием. 82 человек курят от 10 до 20 сигарет в день, 24 человек 20 и больше сигарет в день, 1 человек до 10 штук в день, 88 человек не курят.

Количество потребляемого НЖК превышает рекомендуемые нормы. Повышенное употребление источников НЖК приводит к повышенному содержанию ХС, глюкозы у мужчин, и также тесно коррелирует с содержанием в крови глюкозы и ТГ у женщин (таблица 1).

Результаты регрессионного анализа с показателями липидного профиля в качестве зависимой переменной и потреблением четырех групп продуктов питания и трех нутриентов в качестве независимых переменных показаны в таблице 2. Оценочные коэффициенты регрессии показывают влияние на потребление углеводов на уровень глюкозы крови.

Обсуждение

По результатам нашего исследования выявлено значительное превышение потребления по сравнению с нормой НЖК. Есть предположение о том, что снижение доли жиров в потреблении энергии с 37% до 30% позволит предупредить 2% смертей от ССЗ и рака, главным образом среди людей старше 65 лет [8]. Позднее Willet [9] предположил, что для предупреждения ССЗ замена насыщенных и транс-жиров в рационе питания может быть важнее, чем снижение общего количества потребляемых жиров. Например, замена 6% энергии, потребляемой за счет преимущественно животных жиров с мононенасыщенным жиром, может снизить заболеваемость ССЗ

Таблица 1. Зависимость липидного профиля от употребления источников НЖК у мужчин и женщин

| Пол | НЖК | | | | |
|------------|----------------|---------|---------|----------|--------------|
| | Мужчины | 158 | | | |
| | Омега-3 индекс | АпоА1 | ХС | Глюкоза | ТГ |
| | 2,7±1 | 1,8±0,3 | 6±1,4 | 6±2,4 | 1,4±0,6 |
| г Спирмена | 0,04 | 0 | 0,3* | 0,6* | 0,07 |
| Женщины | 37 | | | | |
| | Омега-3 индекс | АпоА1 | ХС | Глюкоза | Триглицериды |
| | 2,1±0,7 | 0,9±0,2 | 5,2±1,2 | 8,03±3,8 | 1,6±0,9 |
| г Спирмена | 0,1 | -0,1 | -0,05 | 0,38* | 0,42* |

* $p \geq 0,05$

Таблица 2. Результаты регрессионного анализа

| Предикторы | ХС крови | | Глюкоза крови | | ТГ крови | |
|-----------------|----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
| | В | знач | В | знач | В | знач |
| Жиры и масла | -0,003 | 0,573 | 0,008 | 0,184 | | |
| Рыба | -0,019 | 0,049 | | | -,025 | 0,05 |
| Мясо | -0,002 | 0,155 | -0,002 | 0,228 | | |
| Молоко | 0,001 | 0,119 | -0,001 | 0,269 | | |
| Алкоголь г/день | | | 0,001 | 0,682 | | |
| Фрукты | | | -0,002 | 0,505 | | |
| Безалк напитки | | | 0,001 | 0,118 | | |
| Орехи | | | 0,073 | 0,296 | | |
| Сладости | | | 0,009 | 0,204 | | |
| Углеводы общие | 0,010 | 0,006 | 0,008 | 0,020 | 0,005 | 0,250 |
| ПНЖК | -0,004 | 0,910 | -0,009 | 0,223 | -0,005 | 0,669 |
| Общие жиры | -0,021 | 0,010 | -0,020 | 0,540 | -0,071 | 0,237 |

на 6-8% [10]. Вследствие негативных изменений в структуре питания и образе жизни заболевания, связанные с питанием, такие как ожирение, сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, и различные формы раковых заболеваний, становятся все более важными причинами инвалидности и преждевременной смерти как в развивающихся, так и в развитых странах. Они вытесняют с первого плана более традиционные проблемы, тревожащие общественное здравоохранение, такие как недоедание и инфекционные болезни [11, 12].

Общенациональная государственная программа Финляндии, целью которой было улучшение качества питания населения, принесла свои результаты за 15 лет – удвоилось потребление овощей и фруктов, утроилось потребление источников ПНЖК со снижением потребления НЖК и транс жиров, таким образом, смертность и заболеваемость от ССЗ снижены [1].

Несмотря на большие различия в привычках питания в разных странах, исследования из ряда стран последовательно определили две основные модели питания, «здоровый/разумный» тип, характеризующийся высоким потреблением фруктов, овощей, цельного зерна, рыбы и морепродуктов, бобовых, оливкового масла, орехов, семян и молочных продуктов с низким содержанием жира; и «западный/нездоровый» тип, характеризующийся высоким потреблением мяса (в основном переработанного),

рафинированного зерна, сладостей и безалкогольных напитков [14]. В дополнение к этим двум моделям японские исследования также идентифицировали третий вид питания – «хлеб и молочные продукты», который можно считать ни здоровым, ни нездоровым из-за крайне низкого уровня потребления цельного зерна (включая хлеб) и потенциальную пользу молочных продуктов [15].

Выводы

Принимая во внимание уровень смертности и заболеваемости в нашей стране от ССЗ, стоит ввести программы по улучшению качества питания населения на национальном уровне.

Список литературы:

1. United States Department of Health and Human Services, Dietary guidelines for Americans. Washington, DC: United States Department of Agriculture, 2010.
2. World Health Organization. 2008. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/obesity/en/index.html>. Accessed 05 Sept 2012.
3. Fairweather-Tait S.J. Human nutrition and food research: opportunities and challenges in the post-genomic era. *Trans Biological Sciences*. 2003;358(1438):1709–1727.
4. Costa V, Casamassimi A, Ciccodicola A. Nutritional genomics era: opportunities toward a genome-tailored nutritional regimen. *J Nutr Biochem* 2010;21(6):457–467.
5. Illner AK, Freisling H, Boeing H, Huybrechts I, Crisp-

- im SP, Slimani N. Review and evaluation of innovative technologies for measuring diet in nutritional epidemiology. *Int J Epidemiol* 2012;41:1187–203.
6. Finglas PM, Berry R, Astley S. Assessing and improving the quality of food composition databases for nutrition and health applications in Europe: the contribution of EuroFIR. *Adv Nutr* 2014;608–14.
 7. Susana del Pozo de la Calle¹, Emma Ruiz Moreno¹, Teresa Valero Gaspar¹, Paula Rodríguez Alonso¹ and José Manuel Ávila Torres¹ Fundación Española de la Nutrición. Spain *Nutr Hosp*. 2015;31(Supl.3):29–37.
 8. WHO Technical Report Series, 916. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases
 9. Willett W, Joshupura K, Ascherio A, Manson J, Stampfer M, Rimm E, Speizer F, Hennekens C, Spierelman D. Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *JAMA*. 1999;282:1233–39.
 10. Sefidbakht S, Johnson-Down L, Young TK, Egeland GM. High protein and cholesterol intakes associated with emergence of glucose intolerance in a low-risk Canadian Inuit population. *Public Health Nutr*. 2015;19(10):1804–11.
 11. Paula Bricarello L, Poltronieri F, Fernandes R, Retondario A, de Moraes Trindade EBS, de Vasconcelos FAG. Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure, overweight and obesity in adolescents: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN*. 2018;28:1–11.
 12. Koebnick C, Black MH, Wu J, et al. A diet high in sugar-sweetened beverage and low in fruits and vegetables is associated with adiposity and a pro-inflammatory adipokine profile. *Br J Nutr*. 2018;120(11):1230–1239.
 13. Casas R, Castro-Barquero S, Estruch R, Sacanella E. Nutrition and Cardiovascular Health. *Int. J. Mol. Sci*. 2018;19:3988.
 14. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Obes Rev*. 2016 May;17(5):442–54.
 15. Nour M, Lutze SA, Grech A, Allman-Farinelli M. The Relationship between Vegetable Intake and Weight Outcomes: A Systematic Review of Cohort Studies. *Nutrients*. 2018;10(11):1626

ТҮЙІН

М.К. МАЖЕН, М. МЕЙРАМБАЙҚЫЗЫ,
Р.Ш. ТУЛЕУОВА

ЖҮРЕК-ТАМЫР АУРУЛАРЫМЕН ҚАНЫҚҚАН МАЙЛАРДЫ ТҰТЫНУ БАЙЛАНЫСЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Тиімсіз тамақтану – жүрек қан тамыр ауруларының ең басты қауіп факторларының бірі. Зерттеудің мақсаты қаныққан май қышқылдары мен жүрек қан тамыр ауруларының биомаркерлері арасындағы байланысты анықтау. Зерттеуге 195 науқас қатысты. Регрессионды анализ қорытындысы бойынша қаныққан май қышқылдары мен жүрек қан тамыр ауруларының арасында әлсіз байланыс анықталды [$МҚ=1,02(95\%СИ\ 0,75, 1.95)$] $p<0,05$. Жүрек қан тамыр ауруларын туындатуда қаныққан май қышқылдарын тұтынумен салыстырғанда өзге факторлардың (СДИ, АҚ, шылым шегу, бел өлшемі) рөлі жоғары екені нақтыланды. Тамақтану тәртібін реттеу, қаныққан май қышқылдарын тұтынуды төмендетіп немесе оның орнын өзге тағамдық заттармен алмастыру, жүрек қан тамыр ауруларының алдын алып, ауру деңгейін төмендетуге септігін тигізеді.

Негізгі сөздер: жүрек қан тамыр аурулары, қаныққан май қышқылдары, моноқанықпаған май қышқылдары, полиқанықпаған май қышқылдары.

SUMMARY

M.K. MAZHEN, M. MEIRAMBAYKYZY,
R.SH. TULEUOVA

THE RELATIONSHIP OF CONSUMPTION OF SATURATED FATS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Irrational nutrition is the leading risk factor for cardiovascular diseases.

Purpose: to study the relationship of consumed saturated fatty acids to biomarkers of the risk of cardiovascular diseases.

Materials and methods. The study involved 195 patients. According to the results of the regression analysis, a weak relationship was determined between cardiovascular diseases and saturated fatty acids [$OR = 1.02 (95\% CI\ 0.75, 1.95)$] $p < 0.05$. The role of other factors (BMI, blood pressure, smoking, waist circumference) compared to saturated fatty acids in the occurrence of cardiovascular diseases was precised. Dietary adjustment for the prevention of cardiovascular diseases is to reduce the consumption of sources of saturated fatty acids, it is important to consider which foods or nutrient substitutes are associated with the reducing the risk of cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular diseases, saturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids.

УДК 616.13/.14-002.1-053.2

МРНТИ 76.29.29, 76.29.47

Ж.К. МАЮКОВА, Б.М. МАКСЫМОВА, М.А. МАМЫРБАЕВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

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

Научный руководитель: М.А. Мамырбаева

Введение. Геморрагический васкулит представляет серьезную медико-социальную проблему, являясь одной из частых форм первичных системных васкулитов. Геморрагический васкулит (ГВ) занимает особое место в педиатрической практике в связи с высокой частотой встречаемости, до 20-25 на 10000 детей в год, но и тяжелым рецидивирующим течением, изменением характерной клинической картины.

Цель исследования – выявить клинические особенности течения болезни Шенлейн–Геноха у детей.

Методы. Обследование выполнено у 138 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проходивших стационарное лечение в Областной детской клинической больнице г. Актобе в период с 2016-2018 гг.

Результаты и обсуждение. По возрасту, пролеченные дети с ГВ, распределились следующим образом: до 1 года – 6 (4,3%), от 1-3 лет – 22 (16,0%), 4-6 лет – 31 (22,5%), 7-10 лет – 45 (32,6%), 11-14 лет – 20 (14,5%), 15-18 лет – 14 (10,1%) (таблица 1). В зависимости от клинических форм геморрагического васкулита дети были разделены на 4 группы: 1-я группа – кожная форма (n=41(29,7%)); 2-я группа – кожно-суставная форма (n=38 (27,5%)); 3-я группа – кожно-абдоминальная форма (n=36 (26,1%)); 4-я группа – кожно-почечная форма (n=23(16,7%)) (таблица 2).

Выводы:

Среди больных мальчиков в 2 раза больше (63,7%), чем девочек (36,3%).

Преобладала средняя степень тяжести васкулита у 89 детей (64,5%).

В 61,6% дебюту заболевания предшествовала перенесенная вирусная инфекция.

Почечный синдром протекал в виде капиллярно-токсического нефрита, который сочетался с кожными высыпаниями (23 -100%), суставными поражениями (11-47,8%) и абдоминальными изменениями (9 -39,1%).

Ключевые слова: геморрагический васкулит, дети, лечение, болезнь Шенлейн-Геноха.

Введение

Геморрагический васкулит представляет серьезную медико-социальную проблему, являясь одной из частых форм первичных системных васкулитов и рассматривается как генерализованный микротромбоваскулит неясной этиологии.

Геморрагический васкулит (ГВ) занимает особое место в педиатрической практике не только в связи с высокой частотой встречаемости (до 20-25 на 10000 детей в год), но и тяжелым рецидивирующим течением, изменением характерной клинической картины и частым вовлечением в патологический процесс почек [1].

Цель исследования

Выявить клинические особенности течения болезни Шенлейн–Геноха у детей.

Методы

Обследование было выполнено у 138 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проходивших стационарное лечение в Областной детской клинической больнице г. Актобе в период с 2016-2018 гг.

Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных, иммунологических и функциональных методов исследования по стандартным методикам.

Результаты и обсуждение

По возрасту, пролеченные дети с ГВ, распределились следующим образом: до 1 года – 6 (4,3%), от 1-3 лет – 22 (16,0%), 4-6 лет – 31 (22,5%), 7-10 лет – 45 (32,6%), 11-14 лет – 20 (14,5%), 15-18 лет – 14 (10,1%) (таблица 1). При анализе возрастного состава установлено, что чаще болели дети в возрасте 7-10 лет – 45 (32,6%) и 4-6 лет – 31 (22,5%), реже в стационар поступали дети до 1 года – 6 (4,3%) и 15-18 лет – 14 (10,1%).

Из 138 детей, проходивших лечение в гематологическом отделении, мальчиков было 88 – 63,7%, девочек 50 – 36,3%. У большинства детей – 87 (63,0%) начало заболевания пришлось на зимне-весенний период года. Часто заболеванию предшествовала перенесенная вирусная инфекция – 85 случаев (61,6%), связь болезни с аллергической реакцией на пищевые продукты была выявлена у 25 детей (18,1%), у 28 детей (20,3%) не удалось установить связь.

Легкая степень тяжести геморрагического васкулита отмечалась у 28 (20,3%) детей, средне-тяжелая у 89 (64,5%), тяжелая степень ГВ у 21 ребенка (15,2%).

В зависимости от клинических форм геморрагического васкулита дети были разделены на 4 группы: 1-я группа – кожная форма (n=41(29,7%)); 2-я группа – кожно-суставная форма (n=38 (27,5%)); 3-я группа – кожно-абдоминальная форма (n=36 (26,1%)); 4-я группа – кожно-почечная форма (n=23(16,7%)) (таблица 2).

Чаще всего кожный синдром проявлялся в виде симметрично расположенной папулезно-геморрагической сыпи, локализованной на передней поверхности голени у 104 (75,4%) детей, в области голеностопных и коленных суставов у 71 (51,4%) пациентов, на ягодицах у 61 (44,2%), задней поверхности бёдер 59 (42,7%), туловище у 38 (27,5%) детей. Практически не встречалась сыпь на лице, области промежности. Впервые дни заболевания, элементы сыпи были одинаковой величины, диаметром до 0,5 см, и формы, не исчезающие при надавливании. В более тяжёлых случаях элементы сыпи имели тенденцию к слиянию с образованием некрозов. Продолжительность кожного синдрома составляла примерно от 8-21 дней, при этом у мальчиков средняя продолжительность сыпи была выше, чем у девочек и составляла в среднем 18 дней, а у девочек 14 дней.

Среди детей второй группы кожно-суставной синдром наблюдался у всех больных. Клинические проявления отмечались в виде мигрирующих симметричных полиартритов, обычно крупных суставов, сопровождаясь болью различного характера – от кратковременной ломоты до острой боли, приводящей больных к обездвиженности. Боли в суставах сопровождались умеренным отеком, болезненностью при пальпации, ограниченностью движения в суставах. Поражение голеностопных суставов выявлено у 35 (92,1%) пациента, коленных суставов у 30 (78,9%). Поражение локтевых суставов наблюдалось у 10 (26,3%) детей, лучезапястных суставов у 6 (15,8%). Мелкие суставы кистей и стоп

практически не вовлекались в патологический процесс. Суставной синдром редко бывал продолжительным и обычно своей длительностью не превышал одну-две недели.

Основными клиническими проявлениями абдоминального синдрома являлись схваткообразные боли в животе различной интенсивности и продолжительности. Боли носили приступообразный характер, начинались внезапно, не были связаны с приемом пищи и не зависели от времени суток, имели черты кишечных колик, без определённой локализации. Проявления абдоминального синдрома было диагностировано у 36 детей (26,1%), и в 12 (33,3%) случаев предшествовал проявлению кожного синдрома, в связи с чем, эти дети прежде осматривались хирургом с целью исключения острой хирургической патологии. На фоне интенсивных абдоминальных болей почти у 35 (97,2 %) детей отмечалась многократная рвота, у 21 (58,3%) детей отмечался интенсивный жидкий стул с примесью слизи у 15 (41, 6%) стул был с примесью крови. Длительность абдоминального синдрома составляла примерно 11-14 дней.

В четвёртой группе (n=23(16,7%)) клинически имел место почечный синдром в виде капиллярно-токсического нефрита, который сочетался с кожными высыпаниями (23-100%), суставными поражениями (11-47,8%) и абдоминальными изменениями (9-39,1%).

Изменения в анализах мочи характеризовались различной степенью выраженности микрогематурией у 20 (86,9%) пациентов, реже – лёгкой лейкоцитурией

Таблица 1. Распределение больных детей с ГВ в зависимости от возраста.

| Возрастная группа | до 1 года | 1-3 года | 4-6 лет | 7-10 лет | 11-14 лет | 15-18 лет | Итого |
|-----------------------------|-----------|----------|---------|----------|-----------|-----------|-------|
| Число больных детей | 6 | 22 | 31 | 45 | 20 | 14 | 138 |
| % соотношение больных детей | 4,3 | 16 | 22,5 | 32,6 | 14,5 | 10,1 | 100% |

Таблица 2. Распределение больных детей в зависимости от формы ГВ

| Возрастная группа | до 1 года | 1-3 года | 4-6 лет | 7-10 лет | 11-14 лет | 15-18 лет | Итого |
|---------------------------|-----------|----------|---------|----------|-----------|-----------|-------|
| Кожная форма | 4 | 6 | 8 | 13 | 6 | 4 | 41 |
| Кожно-суставная форма | - | 10 | 9 | 12 | 4 | 3 | 38 |
| Кожно-абдоминальная форма | 1 | 4 | 9 | 11 | 5 | 6 | 36 |
| Кожно-почечная форма | 1 | 2 | 5 | 9 | 5 | 1 | 23 |
| Всего | 6 | 22 | 31 | 45 | 20 | 14 | 138 |

Таблица 3. Распределение больных детей с ГВ в зависимости от изменений в общем анализе крови

| Возрастная группа | до 1 года | 1-3 года | 4-6 лет | 7-10 лет | 11-14 лет | 15-18 лет |
|----------------------------------|-----------|----------|---------|----------|-----------|-----------|
| Повышение СОЭ до 20 мм/час | 4 | 14 | 22 | 34 | 11 | 8 |
| Повышение СОЭ от 20 до 40 мм/час | 2 | 7 | 8 | 7 | 6 | 4 |
| Повышение СОЭ выше 40 мм/час | - | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 |
| Снижение тромбоцитов | 3 | 12 | 21 | 27 | 12 | 8 |
| Снижение гемоглобина | 4 | 7 | 13 | 21 | 7 | 4 |
| Лейкоцитоз | 3 | 8 | 14 | 18 | 7 | 3 |
| Эозинофилия | - | 5 | 8 | 10 | 5 | 3 |
| Диспротеинемия | 2 | 8 | 6 | 15 | 6 | 4 |

лимфоцитарного характера (7-8 в поле зрения) у 11 (47,8%) детей, и умеренной протеинурией (от 0,066% до 0,145%) у 21 (91,3%) детей [2, 3, 4].

В общем анализе крови при геморрагическом васкулите повышение СОЭ до 20 мм/час было отмечено у 93 (67,4%) детей, повышение СОЭ от 20 до 40 мм/час у 34 (24,6%), повышение СОЭ выше 40 мм/час у 11 (8,0%) пациентов [5,6].

Снижение тромбоцитов ниже $180,0 \cdot 10^9$ г/л отмечалось у 95 (68,8%) детей, снижение гемоглобина ниже 100 г/л был у 76 (55,0%) детей, лейкоцитоз выше $15,0 \cdot 10^9$ был у 63 (45,6%) пациентов, эозинофилия отмечалась у 31 (22,4%) детей, выраженная диспротеинемия у 61 (44,2%) детей [7, 8] (таблица 3).

В общем анализе крови при геморрагическом васкулите повышение СОЭ до 20 мм/час было отмечено у 93 (67,4%) детей, повышение СОЭ от 20 до 40 мм/час у 34 (24,6%), повышение СОЭ выше 40 мм/час у 11 (8,0%) пациентов.

Снижение тромбоцитов ниже $180,0 \cdot 10^9$ г/л отмечалось у 83 (60,1%) детей, снижение гемоглобина ниже 100 г/л был у 56 (40,6%) детей, лейкоцитоз выше $15,0 \cdot 10^9$ был у 53 (38,4%) пациентов, эозинофилия отмечалась у 31 (22,4%) детей, выраженная диспротеинемия у 41 (29,7%) детей.

Выводы:

1. Среди больных, мальчиков в 2 раза больше (63,7%), чем девочек (36,3%).
2. Преобладала средняя степень тяжести васкулита у 89 детей (64,5%).
3. В 61,6% дебюту заболевания предшествовала перенесенная вирусная инфекция.
4. Почечный синдром протекал в виде капиллярно-токсического нефрита, который сочетался с

кожными высыпаниями (23-100%), суставными поражениями (11-47,8%) и абдоминальными изменениями (9-39,1%).

Список литературы:

1. Борисова ЕВ, Казакова ЛМ, Шабальдин АВ. К патогенезу геморрагического васкулита у детей. Педиатрия. 2008;2:94–98.
2. Исангужина ЖХ, Исмаилова ГС. Особенности течения геморрагического васкулита у детей. Медицинский журнал Западного Казахстана 2012;1(33):108.
3. Кучербаев АА, Борякин ЮВ, Мотушева РК. Геморрагические диатезы у детей в Кыргызской республике. Журнал MEDICUS, Издательство «Научное обозрение» (Волгоград) 2017;2(14):39–43.
4. Croche Santander B, Campos E, Sanchez A, Marcos L, Diaz I, Toro C. Purpura de Schonlein-Henoch con afectacion peniana. Caso clinico. Arch Argent Pediatr 2016;114(4):e249-e251.
5. Harbi NN. Henoch-Schoenlein syndrome in children: experience from southern part of Saudi Arabia. East Afr. Med. 2011;73(3):191–193.
6. Lin ZN. Interleukin - 1 receptor antagonist allele: is it a genetic link between Henoch-Schonlein nephritis and IgA-nephropathy? Kidney Int. 2007;51(6):938–942.
7. Murugasu B, Yap HK, Chiang GS. A child with Henoch-Schonlein nephritis and selective proteinuria - case report. J-Singapore- Paediatr-Soc. 2010;32(1-2):43–45.
8. Namgoong MK. Eosinophil cationic protein in Henoch-Schonlein purpura and in Ig A – nephropathy. Pediatr Nephrol. 2007;11(12):703.

ТҮЙІН

Ж.К. МАЮКОВА, Б.М. МАКСИМОВА,
М.А. МАМЫРБАЕВА

БАЛАЛАРДАҒЫ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ВАСКУЛИТТИҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Геморрагиялық васкулит жиі бастапқы жүйелі васкулиттердің формаларының бірі болып табылатын маңызды медициналық-әлеуметтік проблема болып табылады. Геморрагиялық васкулит (ГВ) педиатриялық практикада кездесетін жоғары жиілікке, жылына 10000 балаға 20-25 дейін, бірақ ауыр қайталанатын ағымға тән клиникалық көріністің өзгеруіне байланысты ерекше орын алады.

Зерттеудің мақсаты. Балалардағы Шенлейн-Геноха ауруы ағымының клиникалық ерекшеліктерін анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Тексеру 2016-2018 жж. аралығында Ақтөбе қаласының Облыстық балалар клиникалық ауруханасында стационарлық емделуден өткен 1 жастан 18 жасқа дейінгі 138 балада орындалды.

SUMMARY

ZH.K. MAYUKOVA, B. M. MAKSIMOVA,
M.A. MAMYRBAYEVA

CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Hemorrhagic vasculitis is a serious medical and social problem, being one of the most common forms of primary systemic vasculitis. Hemorrhagic vasculitis (HV) occupies a special place in pediatric practice due to the high frequency of occurrence (up to 20-25 per 10,000 children per year) but also a severe recurrent course, a change in the characteristic clinical picture.

Purpose: to identify the clinical features of the course of Schönlein-Genoch disease in children.

Materials and methods. The examination was performed in 138 children aged 1 to 18 years old who underwent inpatient treatment at the Regional children's clinical hospital in Aktobe in the period from 2016-2018.

Results and discussion. Treated children with HD were divided by age as follows: up to 1 year -6 (4.3%), from 1-3 years – 22 (16.0%), 4-6 years – 31 (22.5 %), 7-10

Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау. Жас шамасы бойынша МВ-мен емделіп шыққан балалар келесі түрде бөлінді: 1 жасқа дейін – 6 (4,3%), 1-3 жасқа бастап – 22 (16,0%), 4-6 жас – 31 (22,5%), 7-10 жас – 45 (32,6%), 11-14 жас – 20 (14,5%), 15-18 жас – 14 (10,1%) (1-кесте). Геморрагиялық васкулиттің клиникалық түрлеріне байланысты балалар 4 топқа бөлінді: 1-ші топ – тері формасы (n=41(29,7%)); 2-мен тобы – тері-буын нысаны (n=38 (27,5%)); 3-мен тобы – тері-абдоминальды нысаны (n=36 (26,1%)); 4-мен тобы – тері - бүйрек нысаны (n=23(16,7%)) (2-кесте).

Қорытындылар:

1. Науқастар, ұлдар арасында қыздарға қарағанда (36,3%) 2 есе көп (63,7%).

2. 89 балада васкулит ауырлығының орташа дәрежесі басым (64,5%).

3. Аурудың 61,6% -ында вирусты инфекция болған.

4. Бүйрек синдромы тері бөртпелері (23 -100%), буын зақымдарымен (11-47, 8%) және абдоминальды өзгерістермен (9 -39,1%) ұштасқан капиллярлы-уытты нефрит түрінде өтті.

Негізгі сөздер: гемморагиялық васкулит, балалар, емдеу, Шенлейн-Генох ауруы.

years – 45 (32.6%), 11-14 years – 20 (14.5%), 15-18 years – 14 (10.1 %) (table 1). Depending on the clinical forms of hemorrhagic vasculitis, the children were divided into 4 groups: group 1 – skin form (n=41(29,7%)); 2-I group – skin-joint form (n=38 (27,5%)); 3-I group – cutaneous abdominal form (n=36 (26,1%)); 4-I group – skin - renal form (n=23(16.7%)) (table 2).

Conclusion:

1. There are boys 2 times more (63.7%) than girls (36.3%) among patients.

2. The average severity of vasculitis is dominated in 89 children (64.5 per cent).

3. In 61.6% of the debut of the disease was preceded by a viral infection.

4. Renal syndrome proceeded in the form of capillary-toxic nephritis, which was combined with skin rashes (23 -100%), joint lesions (11-47,8%) and abdominal changes (9 -39.1%).

Keywords: hemorrhagic vasculitis, children, treatment, Schönlein-Genoch disease.

УДК 616.13-004.6:612.396/398

МРНТИ 76.29.29

М. МЕЙРАМБАЙҚЫЗЫ, М.К. МАЖЕН, Р.Ш. ТУЛЕУОВА

РОЛЬ УГЛЕВОДОВ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

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

Научный руководитель: Р.Ш. Тулеуова

Одним из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является нерациональное питание.

Целью исследования было изучить роль углеводов в развитии атеросклеротических изменений у населения города Ақтобе. Была изучена взаимосвязь биомаркеров риска сердечно-сосудистых заболеваний с употреблением углеводов. Коэффициент корреляции Спирмена для триглицеридов и глюкозы показала сильную взаимосвязь составив 0,56; 0,9 $p < 0,05$ соответственно. Модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является рациональное питание, соблюдая рекомендации по питанию можно уменьшить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: углеводы, питание, сердечно-сосудистые заболевания, частотный анализ питания.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти и инвалидности во всем мире [1]. Кроме того, плохое питание является ведущим фактором риска развития ССЗ [1, 2]. Следовательно, улучшение диеты может значительно снизить распространенность ССЗ. Углеводы бывают простыми (рафинированными) и сложными. В отличие от сложных углеводов, рафинированные углеводы были лишены почти всей клетчатки (пищевых волокон), витаминов и минералов. Простые углеводы быстро перевариваются и имеют высокий гликемический

индекс. Продукты с высоким GI увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний из-за быстрого переваривания глюкозы, что приводит к высоким уровням глюкозы в крови, которые, в свою очередь, запускают выработку панкреатического инсулина, в то же время, ингибируя высвобождение глюкагона. В результате высокое соотношение инсулин: глюкагон, как полагают, вызывает гипогликемию, увеличивает липогенез и снижает скорость окисления глюкозы. Продукты с более низким GI перевариваются и усваиваются медленнее, и поэтому постпрандиальное

повышение уровня глюкозы в крови ослабляется. Как правило, пищевые продукты, содержащие диетические компоненты, такие как растворимая клетчатка, стенки растительных клеток и полифенолы, имеют более низкий GI. Однако после того как пища приготовлена (например, белый картофель), очищена (например, белая мука) или обработана (например, добавлен сахар), ее моносахариды, дисахариды и крахмалы более эффективно всасываются из-за разрушения и удаления молекул, которые уменьшают темп пищеварения [3].

Цель исследования

Изучить роль углеводов в развитии атеросклеротических изменений и взаимосвязь количества употребляемых углеводов на биомаркеры риска ССЗ.

Методы

Одномоментное поперечное исследование на основе опросника FFQ_KZ, оценивающего пищевые привычки, было проведено у 195 респондентов с информированным согласием.

Для определения частоты и объема, употребляемых респондентами источников углеводов использован валидизированный опросник FFQ_KZ, обработка результатов в программе FETA, 2014, статистическая обработка результатов с помощью пакета статистических программ Statistica 10 (Statsoft.inc.), проведена описательная статистика, частотный анализ, корреляция Спирмена.

Результаты

195 респондентов приняли участие в исследовании. Среди них было 158 мужчин и 37 женщин, средний возраст которых составил $61,2 \pm 10,4$ лет. Кроме этого были определены средние показатели веса $79,2 \pm 14,7$, роста $168,5 \pm 9,2$, индекса массы тела (ИМТ) $28,07 \pm 7,02$ и объема талии (ОТ) $97,93 \pm 16,7$ см. 47% участников были с высшим образованием, у 51,5% - среднее, а у 1,5% - среднее специальное образование. В ответах выявлено, что 82 человек курят от 10 до 20 сигарет в день, 24 человек 20 и больше сигарет в день, 1 человек до 10 штук в день, 88 человек не курят. Среднее употребление общих углеводов составило 383 г/день.

Как показано на рисунке, участники исследования очень редко употребляют цельнозерновые макароны и хлеб, которые богаты сложными углеводами, и 98%

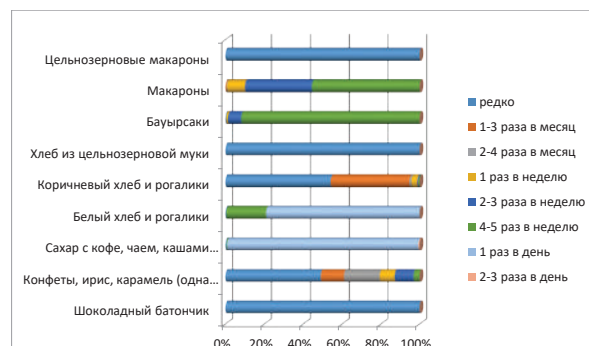


Рисунок. Частотный анализ основных источников углеводов.

респондентов ответили, что употребляют сахар с кофе, чаем или добавляют в молочные каши 1 раз в день.

В рационе и мужчин и женщин количество потребляемых углеводов превышает рекомендованное количество, и выявлена статистически значимая связь между потреблением большого количества углеводов и ХС, Глюкозы и ТГ г Спирмена 0,2; 0,9; 0,56 соответственно (при $p \geq 0,05$) у мужчин и слабая корреляция у женщин по тем же показателям: 0,33; 0,83; 0,22 соответственно (таблица).

Обсуждение

В нашем исследовании участники имели, по крайней мере, один из физиологических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а 75,9% имели избыточный вес или ожирение, 33% с высоким кровяным давлением, 6,2% имели высокий уровень глюкозы в крови натощак, 64,6% с гиперхолестеринемией, 47,8% имели гипертриглицеридемию и 8,9% с низким уровнем ЛПВП. Наш результат имеет сходство с исследованием Бахадорана в Иране, проведенным среди взрослых среднего возраста (31-50 лет), в котором 44,3% имели избыточный вес и 29,7% страдали ожирением; и распространенность гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии и гипертонии, как сообщалось, составила 37,1%, 35,2% и 16,1% соответственно [4, 5]. В исследовании Nag в Западной Бенгалии, Индия, проведенном среди сельских жителей (в возрасте ≥ 20 лет), 52,5% имели высокое кровяное давление, 23,1% – высокий уровень глюкозы в крови натощак, 45,6% – гипертриглицеридемию,

Таблица. Зависимость биомаркеров риска ССЗ от употребления углеводов.

| Пол | Углеводы | | | | |
|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| | Мужчины | 158 | | | |
| | Омега-3 индекс | АпоА1 | ХС | Глюкоза | ТГ |
| | $2,7 \pm 1$ | $1,8 \pm 0,3$ | $6 \pm 1,4$ | $6 \pm 2,4$ | $1,4 \pm 0,6$ |
| г Спирмена | -0,02 | 0,1 | 0,2* | 0,9* | 0,56* |
| Женщины | 37 | | | | |
| | Омега-3 индекс | АпоА1 | ХС | Глюкоза | ТГ |
| | $2,1 \pm 0,7$ | $0,9 \pm 0,2$ | $5,2 \pm 1,2$ | $8,03 \pm 3,8$ | $1,6 \pm 0,9$ |
| г Спирмена | -0,07 | 0,04 | 0,33* | 0,83* | 0,22* |

* $p \geq 0,05$

11,2% – гиперхолестеринемию и 11,6% – низкий уровень ЛПВП [6].

Мирмиран в Тегеране оценил режим питания 2284 человек без сердечно-сосудистых заболеваний в центральном регионе Ирана и определил два основных режима питания: западный и традиционный. Она сообщила, что традиционный режим питания не связан с частотой возникновения сердечно-сосудистых или сердечно-сосудистых факторов риска; тем не менее, западный рацион питания, характеризующийся более высокой загрузкой мясных полуфабрикатов, соленых закусок, сладостей и безалкогольных напитков, представлял собой диетический фактор риска развития ССЗ среди населения Ирана [7]. Эсмаилзаде в своем исследовании сообщил, что схемы приема пищи могут объяснить высокую распространенность факторов риска ССЗ у иранских женщин. Он продемонстрировал, что более высокое потребление клетчатки с более низким потреблением энергии и холестерина коррелировало с более низким уровнем триглицеридов в сыворотке, общего холестерина и холестерина ЛПНП, а также с концентрацией глюкозы в плазме натощак, более низким систолическим и диастолическим артериальным давлением и более высокой концентрацией холестерина ЛПВП в сыворотке [8]. Дарани Зад в Иране оценил рацион питания и связи с биохимическими профилями крови и массой тела среди 400 взрослых в возрасте 40-60 лет и сообщил, что смешанный рацион питания (включая орехи, фрукты, оливковое масло и чай) был связан с более здоровыми липидными профилями [9]. Систематический обзор Бехтольда представлял пищевые приоритеты для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Он перечислил их, как увеличить потребление цельного зерна, фруктов, овощей, бобовых, орехов и семян, а также рыбы; поддерживать умеренное потребление молочных и растительных масел, а также избегать или сокращать потребление рафинированного зерна, подслащенных напитков, а также красного и обработанного (консервированного с натрием) мяса [10]. В северном регионе Ирана, недалеко от Каспийского моря, значительная часть населения имеет сельскохозяйственные фермы и сады, и ежедневное потребление зерновых (особенно белого риса) в сочетании с жирной тушеной пищей [11, 12] является распространенным рационом питания может влиять на вес и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний [13].

Выводы

Рафинированные углеводы являются одним из факторов риска, повышающий уровень развития атеросклероза. И наоборот, цельные зерна и злаковые волокна, которые являются защитными, употребляли очень редко.

Профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний является снижение потребления, важно учитывать, какие продукты и/или заменители питательных веществ связаны с уменьшением риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы:

1. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, Biryukov S, Brauer M, Burnett R, Cercy K, Charlson FJ, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1659–1724. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.
2. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, Mensah GA, Norrving B, Shiue I, Ng M, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol*. 2016;15:913–924. DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30073-4.
3. Willett WC, Koplan JP, Nugent R, et al. Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, Co-published by Oxford University Press; 2006. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11795>.
4. Jafari-Adli S, Jouyandeh Z, Qorbani M, et al. Prevalence of obesity and overweight in adults and children in Iran; a systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 2014;13:121.
5. Bahadoran Z, Mirmiran P, Golzarand M, Hosseini-Esfahani F, Azizi F. Fast Food Consumption in Iranian Adults; Dietary Intake and Cardiovascular Risk Factors: Tehran Lipid and Glucose Study. *Arch Iran Med*. 2012;15:346–51.
6. Nag T, Ghosh A. Prevalence of cardiovascular disease risk factors in a rural community in West Bengal, India. *Int J Med Public Health*. 2015;5:259–64.
7. Truthmann J, Busch MA, Scheidt-Nave C, et al. Modifiable cardiovascular risk factors in adults aged 40–79 years in Germany with and without prior coronary heart disease or stroke. *BMC Public Health*. 2015;15:701.
8. Esmailzadeh A, Azadbakht L. Food intake patterns may explain the high prevalence of cardiovascular risk factors among Iranian women. *J Nutr*. 2008;138:1469–75.
9. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS. Reducing the global burden of cardiovascular disease, part 1: the epidemiology and risk factors. *Circ Res*. 2017;121:677–94.
10. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C, et al. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017 DOI: 10.1080/10408398.2017.1392288.
11. Islami F, Malekshah AF, Kimiagar M, et al. Patterns of food and nutrient consumption in northern Iran, a high-risk area for esophageal cancer. *Nutr Can*

- cer. 2009;61:475–83.
12. Aljefree N, Ahmed F. Association between dietary pattern and risk of cardiovascular disease among adults in the Middle East and North Africa region: a systematic review. *Food Nutr Res.* 2015;59:27486.

13. Baker P, Friel S. Processed foods and the nutrition transition: evidence from Asia. *Obes Rev.* 2014;15:564–77.

ТҮЙІН

М. МЕЙРАМБАЙҚЫЗЫ, М.К. МАЖЕН,
Р.Ш. ТУЛЕУОВА

АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ КӨМІРСУЛАРДЫҢ РӨЛІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Тиімсіз тамақтану – жүрек қантамыр ауруларының ең басты қауіп факторларының бірі.

Зерттеудің мақсаты – Ақтөбе тұрғындары арасындағы атеросклероздық өзгерістерге әкелетін көмірсулардың рөлін зерттеу. Жүрек қан тамыр ауруларының биомаркерлері салыстырылды. Триглицеридті және глюкозаны есептеуге арналған Спирмен корреляциясы 0,56; 0,9 $p < 0,05$ құрап жоғарғы байланысты көрсетті. Жүрек қантамыр ауруларының басқарылатын факторларына тамақтану жатады, тамақтану тәртібіне арналған нұсқаулықтарды сақтай отырып, жүрек қантамырларына деген қауіпті төмендетуге болады.

Негізгі сөздер: Негізгі сөздер: көмірсулар, тамақтану, жүрек қан тамыр аурулары.

SUMMARY

M. MEIRAMBAYKYZY, M.K. MAZHEN,
R.SH. TULEUOVA

ROLE OF CARBOHYDRATE IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Poor nutrition is the leading risk factor for cardiovascular diseases. The purpose of the article is to study the influence of carbohydrates in the development of atherosclerotic changes in the population of Aktobe. The correlation of biomarkers of the risk of cardiovascular diseases with carbohydrate consumption was examined. The Spearman correlation coefficient for triglycerides and glucose showed a strong correlation of 0.56; 0.9 $p < 0.05$. A modifiable risk factor for cardiovascular diseases is nutrition, following the recommendations on nutrition can reduce the risk of cardiovascular diseases.

Keywords: carbohydrates, nutrition, cardiovascular diseases, frequency analysis of nutrition.

УДК 616-002.5-051(477)
МРНТИ 76.29.53

А.А. МИСЕЧКО, О.А. ГОВАРДОВСКАЯ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: О.А. Говардовская

Цель исследования: анализ заболеваемости туберкулезом медицинских работников в Харьковской области за период 2016-2018 гг., определить особенности туберкулеза у медицинских работников.

Методы: ретроспективный анализ стандартных статистических данных о заболеваемости туберкулезом медицинских работников в Харьковской области с 2016 по 2018 гг. Сравнительный анализ с показателями по стране проведен с использованием данных Аналитического справочника «Туберкулез» за 2016-2018 гг.

Результаты. Нами были изучены данные по заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников Харьковской области и получены следующие данные: впервые заболели 67 медицинских сотрудников (в 2016 г. – 25 человек, в 2017 г. – 19 человек, в 2018 г. – 23 человека). Установлено, что чаще болели городские жители по сравнению с сельскими (25,3 % против 74,7 %), заболевших трудоспособного возраста было 76,1%, а работников пенсионного возраста – 23,9 %. Более часто заболевание регистрировалось у среднего медицинского и другого персонала (25,3 % и 29,8 % соответственно). Чаще болеют сотрудницы женского пола (76,3 %).

Преобладала легочная локализация процесса (96%). По профессиональной структуре: всего 5,9% медицинских работников были сотрудниками противотуберкулезных учреждений. За трехлетний период было 2 случая профессионального заболевания, 4 случая первичной инвалидизации. Чаще болеет средний медицинский и «другой» персонал (25,3 % и 29,8 %, соответственно), и сотрудники женского пола (76,3 %).

Обсуждение результатов. Отмечается общая тенденция к снижению уровня заболеваемости. Среди декретированных контингентов заболеваемость туберкулезом медицинских работников занимает первое место, что подтверждает высокий профессиональный риск. Туберкулез чаще регистрируется у медицинских работников женского пола, городских жителей, лиц трудоспособного возраста, преобладают легочные формы туберкулеза. В профессиональной структуре заболевших туберкулезом медицинских работников достоверных отличий между врачами, средним, младшим и другим медицинским персоналом не выявлено. Всего около 6% заболевших туберкулезом медицинских работников работали в противотуберкулезных учреждениях. Такие данные указывают на важность соблюдения норм инфекционного контроля в учреждениях различного профиля, вне зависимости от должности работника.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиология, профессиональные болезни, медицинские работники, Украина.

Введение

Туберкулез (ТБ) остается актуальной проблемой для общества и системы здравоохранения большинства стран мира. На данный момент микобактериями туберкулеза (МБТ) инфицированы около трети населения мира, а ежесекундно возникает новый случай инфицирования [1, 2].

Наиболее остро проблема ТБ стоит в странах Латинской Америки, Юго-Восточной Азии и южной части Африки (до 150-400 на 100 тыс. населения). При этом, несмотря на снижение части людей, которые болеют ТБ, из-за увеличения населения мира количество новых случаев продолжает увеличиваться [1, 2, 7]. В странах Восточной Европы, Прибалтики и СНГ ТБ также остается острой проблемой, показатель заболеваемости колеблется от 21 на 100 тыс. населения (Эстония) до 123 на 100 тыс. населения (Казахстан) [3]. В Украине отмечается тенденция к снижению заболеваемости ТБ. В 2014 г. показатель заболеваемости был на уровне 68 случаев на 100 тыс. населения, в 2017 г. составил 63,9 на 2017 год [4].

С высоким уровнем заболеваемости связана ТБ и проблема заболеваемости ТБ медицинских работников. В большинстве стран мира ТБ занимает первое или второе место среди заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью, такая же ситуация наблюдается в странах СНГ и в частности в Украине [3, 4, 10]. При этом особой опасности заражения подвергается медицинский персонал фтизиатрических, терапевтических, пульмонологических, патологоанатомических и других отделений, т.к. персонал не только контактирует с бактериовыделителями, но и подвергается действию профессиональных и других факторов риска. По степени риска заражения ТБ медицинских работников можно распределить так: 1 – персонал бактериологических лабораторий (контакт с больными ТБ и живым возбудителем); 2 – работники стационаров противотуберкулезных учреждений (ПТУ) (контакт с больными ТБ); 3 – работники поликлинических отделений ПТУ и патоморфологических отделений (их заболеваемость в 6-8 раз выше среднего значения); 4 – работники тера-

певтических отделений больших больниц, работники скорой медицинской помощи и аптечной сети [6].

Согласно статистике, до 1990 года ТБ болели 25-30 медицинских работников в год, но до 2000 года заболеваемость выросла в 15,2 раза, что превратило их в главную группу риска среди работающего населения, не имеющего состояний, сопровождающихся иммуносупрессией. [4, 10]. На 2017 год медицинские работники в структуре общей заболеваемости занимают долю в 1,6% среди других групп населения, а из них 70-95 % – это работники ПТУ.

При обзоре литературы обращают на себя внимание особенности ТБ у медицинских работников. Так, чаще ТБ заболевает младший медицинский персонал, чем старший. Среди медицинских работников женщины болеют более часто, чем мужчины. Чаще ТБ выявляется у работников со стажем работы в лечебно-профилактическом учреждении до 5 лет, и у особ молодого возраста (до 36 лет) [5, 7, 8].

По структуре клинических форм относительно общего населения ситуация более благоприятная среди медицинских работников – меньшая доля случаев диссеминированного ТБ и большая очагового ТБ. При этом связи между уровнем образования и формой болезни не было выявлено. Деструктивные изменения выявляются у 40,9%. Бактериовыделение выявляют менее чем у половины заболевших, лишь треть из них имеют положительную бактериоскопию [7, 8, 9]. Более 10% пациентов, выявленных бактериологическим (культуральным) методом, имеют скудное бактериовыделение. Менее 10% имели мультирезистентный ТБ. Частота рецидивов ТБ в когорте медицинских работников ниже, чем среди общего населения – 13,9 % в сравнении с 20,6 %, при этом эффективность лечения выше – 97,0 % против 82,4 %.

Таким образом, целью исследования было проанализировать заболеваемость ТБ медицинских работников в Харьковской области за период 2016-2018 гг., определить особенности ТБ у медицинских работников.

Методы

Проведен ретроспективный анализ стандартных статистических данных о заболеваемости медицинских работников в Харьковской области с 2016 по 2018 гг. Сравнительный анализ с показателями по стране проведен с использованием данных Аналитического справочника «Туберкулез» за 2016-2018 гг.

Результаты

Нами были изучены отчетные формы по Харьковской области за 2016-2018 гг., и получены следующие данные: за указанный период в области впервые диагностированным ТБ заболели 157 человек из декретированных контингентов (в 2016 г. – 53 человека, в 2017 г. – 56 человек, в 2018 г. – 48 человека), из них – 67 медицинских сотрудников (в 2016 г. – 25 человек, в 2017 г. – 19 человек, в 2018 г. – 23 человека). Показатель удельного веса заболеваемости ТБ медицинских работников среди декретированных контингентов в 2016 г. был 47%, в 2017 г. – 34%, в 2018 г. – 48%, что среди остальных контингентов занимает первое место.

В перерасчете на 100 тыс. работающих в сфере здравоохранения заболеваемость ТБ медицинских работников в Харьковской области составила 53,6 случаев в 2016 г., 48,9 случаев в 2017 г. и 2018 г. Средний показатель заболеваемости ТБ за 3 года – 50,4 случая на 100 тыс. медицинских работников. Сравнение уровней заболеваемости всеми формами активного ТБ среди общего населения Украины и Харьковской области, а также медицинских работников Харьковской области представлено на рисунке 1.

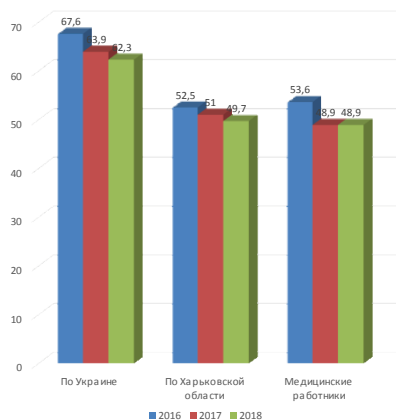


Рис. 1. Заболеваемость туберкулезом за 2016-2018 гг. среди общего населения Украины и Харьковской области (количество случаев на 100 тыс. населения) и медицинских работников Харьковской области (количество случаев на 100 тыс. медицинских работников)

Среди заболевших за трехлетний период 17 были жителями сельской местности (в 2016 г. – 8 человек, в 2017 г. – 3 человека, в 2018 г. – 6 человек), 50 – городские жители (в 2016 г. – 17 человек, в 2017 г. – 16 человек, в 2018 г. – 17 человек), что в процентах составило 25,3 % и 74,7 %, соответственно.

Количество заболевших ТБ женщин преобладало над заболевшими ТБ мужчинами. Женщин, зарегистрированных с впервые диагностированным ТБ, в 2016 г. было 20, в 2017 г. – 14, в 2018 г. – 18, что в процентах

составило 80%, 74%, 75%, соответственно. Ежегодно 5 медицинских работников мужского пола регистрировались с впервые диагностированным ТБ, что в процентах составило 20%, 26%, 25%. За три года среднее соотношение мужчин и женщин составило 23,6% к 76,3%, хотя в когорте общего населения заболеваемость ТБ у мужчин значительно преобладает. Такое отличие можно объяснить гендерным соотношением среди медицинского персонала.

Большинство медицинских работников, заболевших ТБ, были работоспособного возраста – 51 человек, что составило 76,1 %. Пенсионного возраста были 16 человек, что составило 23,9 % за период 2016-2018 гг.

Большее количество случаев ТБ у медицинских работников было выявлено активным методом, т.е. при прохождении профилактических осмотров – 36 человек, что составило 53,8% (в 2016 г. – 15 человек, в 2017 г. – 6 человек, в 2018 г. – 15 человек). Пассивным методом, т.е. при обращении за медицинской помощью было выявлено 46,2% (в 2016 г. – 10 человек, в 2017 г. – 11 человек, в 2018 г. – 10 человек). Этот показатель можно рассматривать как негативный, поскольку сотрудники лечебно-профилактических учреждений подлежат ежегодным профилактическим осмотрам. Низкое активное выявление ТБ указывает на недостаточно качественное или несвоевременное обследование в данном контингенте.

Среди заболевших ТБ медицинских работников легочная локализация процесса также преобладает над внелегочной, как и в общей структуре заболеваемости. Так в 2016 г. ТБ легких был установлен у 24 человек, что составило 96%, а также выявлен 1 случай ТБ костей (4%). В 2017 г. ТБ легких установили у 16 медицинских работников (84,2%), и 3 случая внелегочного ТБ (15,7%) - 2 случая ТБ костей и 1 случай ТБ глаз. В 2018 г. зарегистрирован 21 случай ТБ легких (91,3%), а также 2 случая внелегочного ТБ (8,7%) - 1 случай костно-суставного ТБ и 1 случай плеврита с установленной ТБ этиологией. Таким образом, за изученный период 2016-2018 гг., 91% случаев ТБ среди медицинских работников имели легочную форму ТБ и 9% имели внелегочные формы ТБ (плеврит, поражение костей и суставов, глаз).

За трехлетний период зарегистрировано 2 случая ТБ, связанных с профессиональной деятельностью (1 в 2016 г., 1 в 2017 г.) и 4 случая выхода на первичную инвалидность (1 в 2016 г., 3 в 2017 г.), что составило 2,9% и 5,9%, соответственно.

Количество рецидивов ТБ зарегистрированных в период 2016-2018 гг. – 13 случаев (в 2016 г. – 2 случая, в 2017 г. – 4 случая, в 2018 г. – 7 случаев), что составило 16,2% от всех случаев. В общей когорте случаев этот показатель составляет около 20% (19,8% в 2018 г. в Харьковской области и 19% в Украине).

Проанализировав профессиональную структуру заболеваемости ТБ среди медицинских работников, было выявлено, что 23,8% (16 человек – 4 человека в 2016 г., 4 человека в 2017 г., 8 человек в 2018 г.) из заболевших

были врачами, 25,3% (17 человек – 10 человек в 2016 г. и 7 человек в 2018) – средним медицинским персоналом, 20,8% (14 человек – 7 человек в 2016 г., 4 человека в 2017 г., 3 человека в 2018 г.) – младшим медицинским персоналом и 29,8% (20 человек: 4 человека в 2016 г., 11 человек в 2017 г., 5 человек в 2018 г.) другими работниками лечебно-профилактических учреждений. Распределение заболеваемости ТБ за изученный период среди врачебных специальностей в Харьковской области представлено на рисунке 2.

Данные представленные на рис.2 показывают, что риск заболеть ТБ имеют врачи любой специальности, вне зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Более высокий риск ТБ отмечается у специалистов оказывающих скорую и неотложную помощь, врачей-лаборантов, патологоанатомов, стоматологов.

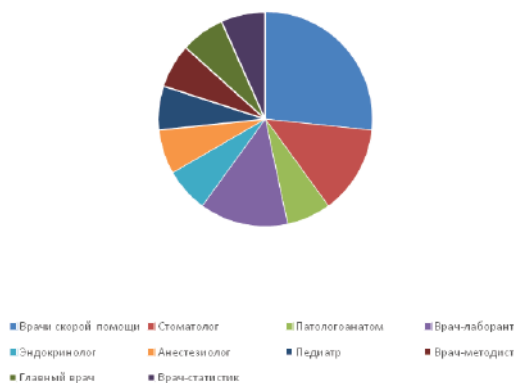


Рис.2. Специальности врачей заболевших ТБ в период 2016-2018 гг. в Харьковской области

Всего 4 медицинских работника (1 человек в 2016 г., 2 человека в 2017 г., 1 человек в 2018 г.) работали в ПТУ, что составило всего 5,9% от общей заболеваемости. Остальные 93,1% работали в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети или других специализированных учреждениях различных профилей. Эти результаты значительно отличаются от представленных в литературе, что может быть связано с эффективным внедрением средств инфекционного контроля в специализированных учреждениях. Например, таких как, распределение потоков пациентов, разделение «чистых» и «грязных» зон в отделениях, использование индивидуальных средств защиты и т.д.

Выводы и обсуждения:

1) Средний показатель заболеваемости туберкулезом медицинских работников за три года составил 50,4 случая на 100 тыс. медицинских работников и достоверно не отличается от заболеваемости общего населения Харьковской области, однако значительно ниже заболеваемости по стране, отмечается общая тенденция к снижению уровня заболеваемости.

2) Среди декретированных контингентов заболеваемость туберкулезом медицинских работников занимает первое место, что подтверждает высокий профессиональный риск.

3) Туберкулез чаще регистрируется у медицинских работников женского пола, городских жителей, лиц трудоспособного возраста, преобладают легочные формы туберкулеза. Учитывая, что медики подлежат регулярным профилактическим осмотрам, показатель активного выявления туберкулеза в 53% можно рассматривать как недостаточный.

4) В профессиональной структуре заболевших туберкулезом медицинских работников достоверных отличий между врачами, средним, младшим и другим медицинским персоналом не выявлено. Кроме того, всего около 6% заболевших туберкулезом медицинских работников работали в противотуберкулезных учреждениях. Такие данные указывают на важность соблюдения норм инфекционного контроля в учреждениях различного профиля, вне зависимости от должности работника.

Конфликт интересов отсутствует.

Концепция и дизайн исследования, редактирование текста, сбор материала – Говардовская О.А.

Статистическая обработка данных, написание текста – Мисечко А.А.

Список литературы:

- Jasmer RM, Nahid P, Hopewell PC. Clinical practice. Latent tuberculosis infection. N. Engl. J. Med. 2002;347(23):1860–1866.
- World Health Organization The Stop TB Strategy, case reports, treatment outcomes and estimates of TB burden. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. 2009;187300.
- Основные статистические показатели заболеваемости туберкулезом в Украине. Главный врач. 2013;2:25–27.
- Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник 2000-2010 рр. К., 2011
- Додаток 1 та 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26 серпня 2015 р. № [59])
- Измеров НФ. Труд и здоровье медицинских работников. Актовая Эрисмановская лекция. М., 2005;39.
- О.П. Литвинюк, М.А. Тхоровський, Н.М. Гончар, І.О. Палій - Туберкульоз у медичних працівників.
- Нагорна АМ, Соколова МП, Кононова ІГ. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема.
- Литвинюк ОП, Тхоровський МА, Гончар НМ, Зайков СВ. Захворюваність та туберкульоз медичних працівників Вінницької області у 2007-2012 роках.
- Виявлення, лікування та профілактика туберкульозу у медичних працівників (методичні рекомендації). К., 2004.

ТҮЙІН

А.А. МИСЕЧКО, О.А. ГОВАРДОВСКАЯ

ХАРЬКОВ ОБЛЫСЫНЫҢ МЕДИЦИНА
ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫН
ТАЛДАУХарьков ұлттық медицина университеті, Харьков,
Украина

Зерттеу мақсаты: 2016-2018 жылдар аралығында Харьков облысының медицина қызметкерлерінің туберкулезбен ауруын талдау, медицина қызметкерлерінде туберкулез ерекшеліктерін анықтау.

Әдістері: 2016 ж., 2017 ж., 2018 ж. Харьков облысының медицина қызметкерлерінің туберкулезбен ауруы жөнінде стандартты статистикалық мәліметтерін ретроспективті талдау. 2016-2018 жж. «Туберкулез» аналитикалық анықтамасының мәліметтерін қолдана отырып еліміз бойынша салыстырмалы анализ жүргізілді.

Қорытынды: Харьков облысының медицина қызметкерлері арасында туберкулез ауруы бойынша мәліметтерді зерттеп, келесі нәтижеге қол жеткіздік: 67 медицина қызметкері алғаш рет ауруға шалдыққан (2016 жылы – 25 адам, 2017 жылы – 19 адам, 2018 жылы – 23 адам). Ауылдық жерлерге карағанда қала тұрғындары жиі ауыратыны анықталды (25,3%-ға карағанда 74,7%), ауруға шалдыққандардың 76,1%-ы еңбекке қабілетті жастағылар, 23,9%-ы зейнеткерлік жастағылар болды. Көбінесе ауру медбикелер мен басқа да қызметкерлерде тіркелді (сәйкесінше 25,3% және 29,8%). Әйел қызметкерлер жиі ауырады (76,3%).

Процестің өкпе локализациясы басым болды (96%). Кәсібіне қарай құрылымы бойынша: медицина қызметкерлерінің тек 5,9%-ы туберкулезге қарсы мекемелердің қызметкерлері болды. Үш жылдық кезеңде кәсіби аурудың 2 жағдайы, бастапқы мүгедектіктің 4 жағдайы болды. Орташа медициналық және «басқа» қызметкерлер жиі ауырады (сәйкесінше 25,3% және 29,8%), әйел қызметкерлері жиі ауырады (76,3%).

Нәтижелерді талқылау: аурушандық деңгейінің төмендеу үрдісі байқалады. Арнайы контингент арасында медицина қызметкерлерінің туберкулез ауруына шалдығу деңгейі жоғары, бұл жоғары кәсіби қауіптілікті дәлелдейді. Туберкулез көбінесе әйел медицина қызметкерлерінде, қала тұрғындарында, еңбекке жарамды жастағы адамдарда тіркеледі, туберкулездің өкпе формалары басым. Туберкулезге шалдыққан медицина қызметкерлерінің кәсіби құрылымында дәрігерлер, орта, кіші және басқа медициналық қызметкерлер арасында айтарлықтай айырмашылықтар жоқ. Туберкулезбен ауырған медициналық қызметкерлердің тек 6%-ы туберкулезге

SUMMARY

A.A. MISECHKO, O. A. GOVARDOVSKAYA

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF
TUBERCULOSIS AMONG MEDICAL WORKERS
IN THE KHARKOV REGION

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose: analysis of the incidence of tuberculosis among medical workers in the Kharkiv region for the period 2016-2018, to determine the characteristics of tuberculosis in medical workers.

Materials and methods: a retrospective analysis of standard statistical data on the incidence of TB among medical workers in the Kharkiv region for 2016, 2017, 2018. Comparative analysis with indicators for the country was carried out using data from the Tuberculosis Analytical Guide for 2016–2018.

Results. We studied the data on the incidence of tuberculosis among the medical workers of the Kharkiv region and obtained the following data: 67 medical staff fell ill for the first time (25 people in 2016, 19 people in 2017, 23 people in 2018), and compared with rural (25.3% and 74.7%, respectively), the majority were of working age (76.1% versus 23.9% of workers of retirement age), pulmonary localization of the process prevailed (96%), only 4 medical workers were employees of vocational schools (5.9%), for a three-year period One had 2 cases of occupational tuberculosis and 4 cases of primary disability, and the average medical and “other” personnel were sick more often (25.3% and 29.8% respectively), and female employees were more often ill (76.3%).

Discussion. There is a general tendency to reduce the incidence rate; among decreed contingents, the incidence of tuberculosis of medical workers ranks first, which confirms the high occupational risk. Considering that physicians are subject to regular preventive examinations, an active detection rate of tuberculosis of 53% can be considered as insufficient, besides, there are no significant differences between doctors, middle, junior and other medical personnel in the occupational structure of diseased tuberculosis medical workers. In total, about 6% of the medical workers who became ill with tuberculosis were working in TB facilities. Such data indicate the importance of compliance with the standards of infection control in institutions of different profiles, regardless of the position of the employee.

Keywords: tuberculosis, epidemiology, occupational diseases, medical workers, Ukraine.

қарсы мекемелерде жұмыс істеді. Мұндай мәліметтер түрлі профильдегі мекемелерде, медицина қызметкерлерімен инфекциялық бақылау нормаларын сақтаудың маңыздылығын көрсетеді.

Негізгі сөздер: туберкулез, эпидемиология, кәсіби аурулар, медицина қызметкерлері, Украина.

УДК 616.12-008.313.2:615.273.53

МРНТИ 76.29.30

Б.Т. МУКАШЕВ, Н.Т. ТАЛГАТОВА, Д.М. ТЛЕУБАЕВА, А.З. МУСИНА, Н.Т. УВАЛИЕВА

КАЧЕСТВО АНТИКОАГУЛЯНТНОГО КОНТРОЛЯ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ОЦЕНКА SAME-TT₂R₂

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

Научный руководитель: А.З. Мусина

Не вызывает сомнений, что постоянная антикоагулянтная терапия – краеугольный камень первичной и вторичной профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Для более точной предварительной оценки возможности достижения антикоагуляции при применении антагонистов витамина К считают целесообразным использовать шкалу SAME-TT₂R₂. Данная шкала включает данные о половой и расовой принадлежности, возрасте пациента, наличии сопутствующих заболеваний, терапии амиодароном, курении и позволяет оценить возможную эффективность терапии антагонистом витамина К.

Цель: определение вероятности достижения оптимального контроля антикоагулянтной терапии варфарином у пациентов с фибрилляцией предсердий по шкале SAME-TT₂R₂.

Методы. Проведена ретроспективная оценка эффективности шкалы SAME-TT₂R₂ у больных с фибрилляцией предсердий кардиологического отделения Больницы скорой медицинской помощи города Актөбе, Казахстан.

Результаты. В исследуемой группе 38% пациентов имели балл по шкале SAME-TT₂R₂ > 2. Средний возраст пациентов составил 68,8±10,7 лет. Количество мужчин составило – 26 (52%), женщин – 24 (48%). Средняя продолжительность госпитализации – 7,7±2,3 дня. Длительность анамнеза по ФП составила 3,5±3,0 лет. По основному диагнозу: ишемическая болезнь сердца диагностирована у 88% пациентов, артериальная гипертензия – у 28%, дилатационная кардиомиопатия – у 4%, приобретенные пороки сердца – 12%.

Выводы. В исследуемой когорте 38% пациентов имели низкую вероятность достижения оптимального контроля гипокоагуляции антагонистами витамина К, что позволяет предсказать повышение риска тромбоэмболических осложнений, тяжелых кровотечений и смерти и определяет предпочтение прямым пероральным антикоагулянтам. 62% пациентов имели балл < 2, что обозначает вероятность положительного ответа на антикоагулянтную терапию варфарином. Необходимы исследования по изучению прогностической значимости шкалы SAME-TT₂R₂ у пациентов не европеоидной расы, и изучение значимости полиморфных вариантов генов, ассоциированных с эффективностью и безопасностью антикоагулянтной терапии варфарином у пациентов с ФП не европеоидной расы, имеющих коморбидную патологию.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, антагонист витамина К, шкала SAME-TT₂R₂, тромбоэмболические осложнения.

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее часто регистрируемых нарушений ритма сердца. Среди населения наблюдается неуклонный рост распространенности ФП. Клиническими последствиями ФП являются тромбоэмболические осложнения (ТЭО), частые госпитализации, сердечная недостаточность, низкое качество жизни [1].

ФП провоцирует развитие каждого пятого инсульта,

риск смерти при которых в два раза выше, а затраты на лечение больных в полтора раза больше, чем при инсультах иной этиологии [2].

Инсульт – вторая после ишемической болезни сердца (ИБС) причина в структуре сердечно-сосудистой смертности. Без эффективной антикоагуляции частота инсультов составляет 5% в год. При отсутствии тромбопрофилактики ФП служит причиной 15-20% случаев всех инсультов и 45% случаев, так называемых,

кардиоэмболических инсультов [3]. В литературе отмечено, что течение инсульта, возникшего у людей с ФП, более тяжелое, чем у больных без ФП [4].

Риск инсульта не зависит от формы (типа) ФП и отмечается с одинаковой частотой у лиц с впервые возникшей, пароксизмальной, персистирующей или постоянной формой ФП [5].

В лечении ФП рассматривают 2 основные тактики: восстановление синусового ритма / уменьшение частоты повторных эпизодов нарушений ритма или поддержание нормальной частоты желудочковых сокращений при сохраняющейся ФП [6].

Вне зависимости от выбранной тактики лечения ФП, важным самостоятельным стратегическим направлением является профилактика тромбоэмболических осложнений.

Своевременно начатое лечение антикоагулянтами снижает риск ишемического инсульта на 67%, а общую смертность на 26% [7]. В клинической практике при профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП в настоящее время используют непрямые антикоагулянты (антагонисты витамина К [АВК]) и прямые антикоагулянты (антагонисты факторов IIa и Xa). АВК имеют наибольшую продолжительность клинического применения и большую доказательную базу о возможности снижения риска инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП. Витамин К необходим для синтеза таких факторов свертывания, как II, VII, IX, X, и, соответственно, снижение его действия приводит к мощному снижению свертываемости крови. В РК разрешен к применению варфарин, который зарегистрирован в казахстанском национальном формуляре [8].

Для облегчения понимания рисков инсульта у пациентов с ФП была внедрена одна из самых распространенных шкал оценки риска – CHA2DS2-VASc. Для оценки рисков кровотечений на фоне приема оральных антикоагулянтов была предложена дополняющая первую шкалу бальная система оценки угрозы кровотечения у пациентов с ФП на антикоагулянтной терапии – HAS-BLED. У каждого пациента с ФП необходимо оценивать соответствующие

риски с применением этих двух шкал. Следует отметить, что статус пациента по рискам ТЭО и кровотечений необходимо переоценивать каждый раз с появлением нового фактора риска или события в анамнезе.

Контроль эффективности и безопасности терапии варфарином проводят по величине международного нормализованного отношения (МНО).

Для пациентов с неклапанной ФП рекомендовано поддерживать МНО в пределах 2-3, при механических клапанах сердца - 2,5-3,5.

Важность поддержания МНО в рекомендованном диапазоне обусловлена тем, что у АВК очень узкий «терапевтический коридор», когда наблюдается наилучшее соотношение риска и пользы. Субтерапевтические значения МНО могут полностью нивелировать пользу АВК, и риск ишемического инсульта сохраняется, а при значениях МНО выше терапевтических увеличивается риск внутримозговых кровотечений [9].

В настоящее время есть убедительные доказательства того, что если МНО находится в пределах терапевтического диапазона (TTR – time in the therapeutic range) недостаточное количество времени (менее 70%), то терапия варфарином у пациентов с ФП неэффективна и, по некоторым данным, может даже приводить к увеличению риска инсульта [10].

Таким образом, из приведенных данных видно, что терапия варфарином, несмотря на очень хорошие результаты клинических исследований, – достаточно сложный процесс и может быть затруднительной для пациента и врача. Поэтому в реальной практике далеко не всегда удается добиваться тех же результатов, что были получены в метаанализах, рандомизированных клинических исследований АВК.

При принятии решения о применении АВК разумно оценить вероятность нахождения МНО в целевом диапазоне достаточное количество времени у данного пациента [11]. Для этого можно использовать шкалу SAME-TT₂R₂, представленную в таблице [12].

Если пациент при оценке по этой шкале набирает 0-1 балл, то в этом случае достижение оптимальной антикоагуляции на фоне терапии варфарином

Таблица. Шкала SAME-TT₂R₂

| | | |
|---|---|-----------|
| Sex | Женский пол | 1 балл |
| Age | Возраст моложе 60 лет | 1 балл |
| Medical history | Сопутствующие заболевания* | 1 балл |
| Treatment | Препараты, взаимодействующие с варфарином (например, амиодарон) | 1 балл |
| Tobacco use | Курение (≥ 2 лет) | 2 балла |
| Race | Не европеоидная раса | 2 балла |
| Достижение оптимальной антикоагуляции на фоне АВК вероятно** | | 0-2 балла |
| Достижение оптимальной антикоагуляции на фоне АВК менее вероятно*** | | >2 баллов |

*Наличие как минимум двух из сопутствующих заболеваний: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, атеросклероз периферических артерий, хроническая сердечная недостаточность, перенесенный инсульт, заболевания легких, болезни почек или печени.

** Не требуется дополнительных мер для достижения высоких значений TTR (time in therapeutic range, времени нахождения МНО в терапевтическом диапазоне >70%).

*** Требуется дополнительные интенсивные меры (например, обучение) для достижения высоких значений TTR, или может быть предпочтительно лечение новыми пероральными антикоагулянтами.

вероятно – не требуется дополнительных мер для достижения рекомендуемых значений $TTR \geq 70\%$. Если оценка по шкале $SAMe-TT_2R_2 > 2$ баллов, то достижение оптимальной антикоагуляции на фоне терапии варфарином менее вероятно, указано на рисунке.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

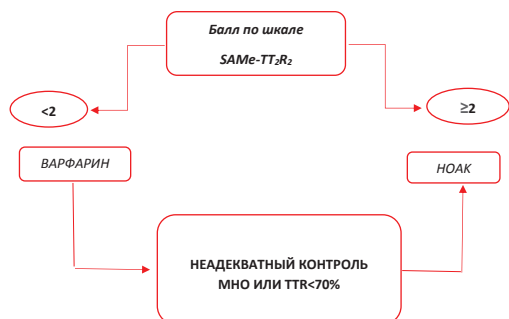


Рисунок. Тактика лечения антикоагулянтами

В таком случае предпочтительны новые оральные антикоагулянты (НОАК). Если же при оценке по шкале $SAMe-TT_2R_2 > 2$ баллов все-таки выбираются АВК, необходимы дополнительные мероприятия по улучшению антикоагуляции (например, обучение) для достижения целевых значений времени нахождения МНО в терапевтическом диапазоне. Высокая сумма баллов по этой шкале может быть аргументом для предпочтения НОАК, низкая – в пользу АВК. Таким образом, шкала $SAMe-TT_2R_2$ позволяет предсказать повышение риска ТЭО, тяжелых кровотечений и смерти из-за неадекватного антикоагулянтного контроля.

Цель

Определение вероятности достижения оптимального контроля антикоагулянтной терапии варфарином у пациентов с фибрилляцией предсердий по шкале $SAMe-TT_2R_2$.

Методы

Тип исследования – поперечное обсервационное. Проводился ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКП «Больницы скорой медицинской помощи» на ПХВ г. Актобе за 2017 г.

Критерии включения: возраст – 18 лет и старше, фибрилляция предсердий, наличие медицинской документации.

Критерии исключения: возраст – до 18 лет. Методы выборки: сплошной.

Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения Stat 10.

Результаты

Средний возраст пациентов составил $68,8 \pm 10,7$ лет. Среди них 26 мужчин – 52% (95% ДИ 38,2-65,9), 24 женщин – 48% (95% ДИ 34,2-61,9). Средняя продолжительность госпитализации – $7,7 \pm 2,3$ дня.

Длительность анамнеза по ФП составила $3,5 \pm 3,0$ лет. По основному диагнозу: ишемическая болезнь сердца диагностирована у 88% пациентов, артериальная гипертензия – у 28%, дилатационная кардиомиопатия

– у 4%, приобретенные пороки сердца – 12%.

Все пациенты были разделены на 2 группы:

- группа 1 (высокая вероятность достижения оптимального контроля антикоагуляции варфарином) – пациенты с баллом по шкале $SAMe-TT_2R_2 < 2$ (31 пациент – 62% (95% ДИ 48,6-75,5));
- группа 2 (низкая вероятность достижения оптимального контроля антикоагуляции варфарином) – пациенты, имеющие балл по шкале $SAMe-TT_2R_2 \geq 2$ (19 пациентов – 38% (95% ДИ 24,6-51,5)).

Возраст пациентов в группе 1 составил $71,1 \pm 9,8$ лет, в группе 2 – $65,2 \pm 11,2$ лет.

В группе 1 преобладали женщины (54,8%), тогда как в группе 2 – мужчины (52,6%).

По этнической принадлежности следующее распределение: в группе 1 – 22 пациента (71% (95% ДИ 54,9-86,9)) – европеоидной расы (русские, украинцы), 9 – не европеоидной (казахи), во 2 группе – наоборот, преобладали пациенты не европеоидной расы – 13 (68% (95% ДИ 47,5-89,3)) из 19.

Распределение этнической принадлежности пациентов статистически значимо различается в этих двух группах ($\chi^2=9,4$; $p=0,0021$).

По шкале CHADS2-VASc рассчитано, что в группе 1 все 100% пациентов имели высокий риск возникновения ТЭО. Им всем был рекомендован прием варфарина. В группе 2-17 пациентов (89%) имели высокий риск ТЭО, 2 (11%) – средний риск.

По HAS-BLED оказалось, что в группе 1 – высокий риск кровотечений от антикоагулянтной терапии у 22 пациентов (71%), средний риск – у 29%. В группе 2 – высокий риск кровотечений был у 13 (67%) пациентов, средний – у 9 (32%).

Обсуждение результатов

Шкала $SAMe-TT_2R_2$ впервые была предложена в 2013 г. в работе S. Apostolakis и соавт. [12]. Риск недостаточной эффективности терапии антагонистами витамина К оценивали на основе регистра AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management). Проведена ранговая оценка значимости клинических факторов и на ее основе создана вышеописанная шкала, позволяющая выявить больных, у которых терапия антагонистами витамина К может быть неэффективной из-за небольшой доли времени пребывания в целевом диапазоне МНО (при 2 и более баллах). При проведении валидации шкалы были получены доказательства ее высокой диагностической ценности. В литературе имеется указание на исследования, которые валидировали использование данной шкалы в разных популяциях. Диагностическая ценность может существенно различаться. Так, диагностическая ценность шкалы при лечении варфарином, назначаемом по другим показаниям (профилактика венозных тромбозов), была ниже [13]. Предпринимались попытки улучшить диагностическую точность шкалы $SAMe-TT_2R_2$. Например, высокая точность оценки возможна, если вместо фактора расы пациента использовать данные о носительстве определенных генотипов, влияющих на эффективность терапии варфарином [14].

В некоторых исследованиях продемонстрировано, что шкала не прогнозирует ответ на антикоагулянтную терапию варфарином [15]. Наоборот, в исследованиях китайских ученых, оценка SAME-TT₂R₂ хорошо коррелирует с TTR у пациентов китайской национальности с ФП, причем оценка >2 имеет высокую чувствительность и отрицательные прогностические значения для неудовлетворительного контроля TTR [16]. Это говорит о необходимости проведения дальнейших исследований по изучению прогностической значимости шкалы SAME-TT₂-R₂.

Выводы

38% пациентов (95% ДИ 24,6-51,5) с фибрилляцией предсердий имели низкую вероятность достижения оптимального контроля гипокоагуляции варфарином по шкале SAME-TT₂R₂, среди них статистически значимо преобладали пациенты не европеоидной расы ($\chi^2=9,4$; $p=0,0021$). Данной группе пациентов требуется применения в качестве стартовой терапии прямых пероральных антикоагулянтов или дополнительных мероприятий по улучшению антикоагулянтной терапии, а именно проведение фармакогенетического тестирования для определения полиморфизма генов ферментов печени, участвующих в метаболизме варфарина.

Мукашев Б. – сбор базы данных, написание содержания статьи

Талғатова Н. – описательная статистика

Тлеубаева Д. – список литературы

Мусина А.З. – концептуализация, курация

Источник финансирования – внутривузовское финансирование научно-технического проекта «Изучение значимости полиморфных вариантов генов, ассоциированных с эффективностью и безопасностью антикоагулянтной терапии варфарином в казахской популяции», запланированного на 2019-2022 гг.

Конфликт интересов – нет.

Авторы статьи выражают благодарность руководству НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова за предоставленную возможность проведения НТП проекта, руководству ГКП «БСМП» на ПХВ г. Актобе за предоставленный материал (медицинские карты стационарных пациентов).

Список литературы:

1. Тлегенова ЖШ, Жолдин БК, Кудайбердиева ГЗ, Абдрахманов АС. Модифицируемые факторы риска, ассоциированные с фибрилляцией предсердий. West Kazakhstan Medical Journal 2019;61(1):56–64.
2. Бокарев ИН, Беспалов АА. Тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий (мерцательной аритмией). Клиническая медицина 2013;10:61-66.
3. Singer DE, Albers GW, Dalen JE et al. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133(6 Suppl):546–592.
4. Kannel WB, Benjamin EJ. Status of the epidemiology of atrial fibrillation. Med. Clin North Am 2008;92(1):17–40.
5. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22(8):983–988.
6. Nieuwlaat RI, Prins MH, Le Heuzey JY et al. Prognosis, disease progression, and treatment of atrial fibrillation patients during 1 year: follow-up of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Eur Heart J 2008;29(9):1181–1189.
7. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, Castella M, Diener H, Heidbuchel H, Hendriks J, Hindricks G, Manolis AS, Oldgren J, Popescu BA, Schotten U, Van Putte B, Vardas P. Рекомендации ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с EACTS Российский кардиологический журнал 2017;7(147):7–86. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-7-7-86>
8. URL: <http://www.knf.kz/index.php/ru/>
9. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur. Heart J. 2016;37(38):2893–962.
10. Shi XX, Ren GH, Wang J et al. Effectiveness and safety of warfarin and anti-platelet drugs for the primary prevention of stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation: a meta-analysis. Int. J. Clin. Exp. Med. 2015;158(6):8384–8397.
11. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann. Intern. Med. 2007;146(12):857–867.
12. Apostolakis S, Sullivan RM, Olshansky B, Lip GY. Factors affecting quality of anticoagulation control among patients with atrial fibrillation on warfarin: the SAME-TT₂R₂ score. Chest 2013;144(5):1555–1563. DOI: 10.1378/chest.13-0054.
13. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW et al. American College of Cardiology/American Heart Association/ European Society of Cardiology Board. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. J Am Coll Cardiol 2001;38(4):1231–1266.
14. Кондратьева ТБ, Попова ЛВ, Бокарев ИН. Пероральные антикоагулянты – антагонисты витамина К при заболеваниях сердца. Терапевтический архив 2017;9:120–127.
15. Минушкина ЛЮ, Азизова АГ, Воскресенская ТВ. Работает ли шкала SAME-TT₂R₂ в реальной клинической практике? Российский медицинский журнал 2018;24(2):65–68. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-2-65-68>.
16. Chan PH, Hai JJ, Chan EW, Li WH, Tse HF, Wong IC, Lip GY, Siu CW. Use of the SAME-TT₂R₂ Score to Predict Good Anticoagulation Control with Warfarin in Chinese Patients with Atrial Fibrillation: Relationship to Ischemic Stroke Incidence. PLoS One 2016 Mar 24; 11(3):e0150674. DOI: 10.1371/journal.pone.0150674.

ТҮЙІН

Б.Т. МУКАШЕВ, Н.Т. ТАЛҒАТОВА,
Д.М. ТЛЕУБАЕВА, А.З. МУСИНА, Н.Т. УВАЛИЕВА
**ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫРЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ
ВАРФАРИННІҢ АНТИКОАГУЛЯНТТЫҚ
МҮМКІНШІЛІГІНІҢ САПАСЫ: SAME-TT2R2
ШКАЛАСЫМЕН БАҒАЛАУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Жүрекше жыбырымен ауыратын науқастар үшін инсульттың біріншілік және екіншілік алдын алуда тұрақты антикоагулянттық терапия емнің негізгі іргетасы болып табылады. К витаминінің антагонисттерін қолдану арқылы қажетті антикоагуляризацияға жетудің нақты бағалау көрсеткіші үшін SAME-TT2R2 шкаласын пайдалану орынды деп есептеледі. Бұл шкалада гендерлік, нәсілдік, пациенттің жасы, қосымша аурулардың болуы, амиодаронмен терапия, темекі шегу туралы мәліметтер бар және К витаминінің антагонистімен терапияның мүмкін болатын тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді.

Мақсаты: SAME-TT2R2 шкаласы бойынша жүрекше жыбыры бар науқастарда варфаринмен антикоагулянттық терапияның оптималды тиімділігінің деңгейін анықтау.

Әдістері: Ақтөбе қаласының жедел жәрдем ауруханасы кардиологиялық бөлімшесіндегі жүрекше жыбыры бар науқастарда SAME-TT2R2 шкаласының тиімділігін үшін ретроспективті бағалау жүргізілді.

Нәтижелері: Зерттелген топтағы 38% науқаста SAME-TT2R2 > 2 балға ие болды. Науқастардың орташа жасы – $68,8 \pm 10,7$ құрады. Ерлердің саны 26 (52%), әйелдер 24 (48%) болды. Госпитализацияның орташа ұзақтығы – $7,7 \pm 2,3$ күн. Жүрекше жыбыры бойынша анамнез ұзақтығы – $3,5 \pm 3,0$ жыл. Негізгі диагноз бойынша: жүректің ишемиялық ауруы науқастардың 88% анықталды, артериялық гипертензия – 28%, дилатациялық кардиомиопатия – 4%, жүре келе пайда болған жүрек ақаулары 12% құрады.

Қорытынды: Зерттелген когортта 38% науқастарда К витамині антагонисттерімен қажетті гипокоагуляцияға жету мүмкіндігінің төмендігі және бұл тромбозға асқынулардың, ауыр қан кету мен өлім қаупінің жоғары болуы мүмкін, сондықтан бұл тікелей пероральды антикоагулянттарды қолдануға көрсеткіш болып табылады. Науқастардың 62%-ы 2-ге дейінгі балл жинады, бұл варфаринмен антикоагулянттық терапияның оң нәтиже беретінін көрсетеді. Коморбидті патологиясы бар, еуропеидты нәсілден емес жүрекше жыбыры бар науқастарда варфаринмен антикоагулянттық терапия тиімділігі мен қауіпсіздігіне байланысты гендердің полиморфтық нұсқаларының маңыздылығын зерттеу ұсынылады. SAME-TT2R2 шкаласының болжамды мәнін анықтау үшін зерттеу қажет.

SUMMARY

B.T. MUKASHEV, N.T. TALGATOVA,
D.M. TLEUBAYEVA, A.Z. MUSSINA,
N.T. UVALIYEVA

**THE QUALITY OF ANTICOAGULANT CONTROL
OF WARFARIN IN PATIENTS WITH ATRIAL
FIBRILLATION: SAME-TT₂R₂ ASSESSMENT**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

There is no doubt that permanent anticoagulant therapy is the cornerstone of primary and secondary prevention of stroke in patients with atrial fibrillation (AF). For a more accurate preliminary assessment of the possibility of achieving anticoagulation with the use of vitamin K antagonists, it is considered expedient to use the SAME-TT2R2 scale. This scale includes data on gender, race, age of the patient, presence of concomitant diseases, amiodarone therapy, smoking, and allows you to evaluate the possible efficacy of therapy with a vitamin K antagonist.

Purpose: to determine the probability of achieving optimal control of anticoagulant therapy with warfarin in patients with atrial fibrillation on the SAME-TT2R2 scale.

Materials and methods. A retrospective assessment of the effectiveness of the SAME-TT2R2 scale in patients with atrial fibrillation of the Cardiology Department of the Emergency Hospital of Aktobe, Kazakhstan.

Results. In the test group, 38% of patients had a score on the SAME-TT2R2 scale > 2. The average age of the patients 68.8 ± 10.7 years. The number of men 26 (52%), women 24 (48%). The average length of stay was 7.7 ± 2.3 days. Duration of history of AF was 3.5 ± 3.0 years. According to the main diagnosis: ischemic heart disease was diagnosed in 88% of patients, arterial hypertension in 28%, dilated cardiomyopathy in 4%, acquired heart defects in 12%.

Conclusion. In the test group, 38% of patients had a low probability of achieving optimal control of hypocoagulation by vitamin K antagonists, which makes it possible to predict the increased risk of thromboembolic complications, severe bleeding and death, and determines preference for direct oral anticoagulants. 62% of patients had a score of <2, which means the probability of a positive response to anticoagulant therapy with warfarin. Research is needed to study the prognostic significance of the SAME-TT2R2 scale in non-european race, and to study the significance of polymorphic variants of genes associated with the efficacy and safety of anticoagulant therapy with warfarin in patients suffering from AF of non-european race with comorbid pathology.

Keywords: atrial fibrillation, the antagonist of vitamin K, SAME-TT2R2 scale, thromboembolic complications.

Негізгі сөздер: жүрекше жыбыры, К витаминінің антагонисті, SAMe-TT2R2 шкаласы, тромбоэмболиялық асқыну.

УДК 616.24: 615.099.036.8 (574.31)

МРНТИ 76.29.35

В.Р. НИКЕЛЬ, О.Б. ЖАНДАРБЕКОВ

АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ПО СМЕРТНОСТИ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Научный руководитель: Л.К. Ибраева

Смертность по причине болезней органов дыхания в структуре общей смертности занимает, хотя не лидирующее, но значимое место с увеличением уровня в динамике.

Цель. Анализ потерь от смертности по причине хронических заболеваний легких в Карагандинской области РК.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ (за 2008-2017 гг.) показателей смертности по причине болезней органов дыхания, полученных в Карагандинском филиале Департамента статистики, с описанием структуры, динамики в сравнении со среднереспубликанскими данными, а также интегрального показателя потери лет от преждевременной смертности с подсчетом прямых экономических потерь от валового внутреннего продукта (ВВП) по региону.

Результаты и выводы. Смертность по причине хронических болезней легких в Карагандинской области, промышленном регионе Казахстана, увеличилась с 2008 по 2017 гг. более чем в два раза. В структуре смертности от болезней органов дыхания хронические болезни легких занимали лидирующее место. Уровень смертности по причине хронических болезней легких у сельского населения был достоверно выше, чем у городского населения. Показатели смертности от хронических болезней органов дыхания имели линейную зависимость от возраста и достигали максимума в возрасте 70 лет и старше. Смертность мужчин превышала показатели для женского населения. Прямые медико-социальные потери от хронических болезней легких трудоспособного населения в Карагандинской области составили 0,21% от ВВП региона. Увеличение потерь от смертности отчасти может быть связано с загрязнением окружающей среды взвешенными частицами с диаметром менее 10 мкм, профессиональными и поведенческими рисками.

Ключевые слова: смертность; хронические болезни легких; преждевременная потеря лет.

Введение

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости населения, как по числу тяжелых осложнений с летальным исходом, так и по инвалидности, нанося большой ущерб здоровью людей и государству в целом. В структуре общей смертности по РК за 2007-2018 гг. причина болезней органов дыхания занимает 9%.

В период с 1990 по 2010 год хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) перешла с четвертого на третье место по наиболее распространенным причинам смерти в мире [1]. В 2015 году от ХОБЛ в мире умерло 3,2 млн. человек, увеличившись на 11,6% (95% ДИ 5,3-19,8) по сравнению с 1990 годом. ХОБЛ и астма имеют неоднородное распределение по всему миру [2]. Казахстан относится к странам со средним уровнем смертности по причине хронических заболеваний легких (рисунок 1). Низкий уровень смертности за 2017 г. зарегистрирован в Катар (2,23 ‰, ДИ 95% 1,83-2,75), высокий – в Северной Корее (172,56 ‰, ДИ 95% 137,93-231,63).



Рисунок 1 – Картограмма смертности по причине хронических заболеваний органов дыхания за 2017 г. (на 100 тыс. населения, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>).

Наиболее высокие показатели по смертности от болезней органов дыхания (БОД) в РК отмечаются в северных и восточных регионах (СКО, Костанайской области и ВКО), наиболее низкие – в Мангыстауской

области, ЮКО и г. Астане (рисунок 2). В динамике с 2008 по 2017 гг. по всем регионам РК, за исключением ЮКО и Мангыстауской области, отмечался прирост показателей смертности от 8,4% в г. Астане до 5,3 раза в Атырауской области. Прирост смертности в Карагандинской области, в промышленном регионе Казахстана с горно-добывающими предприятиями, составил 87,1%. Все вышеперечисленное указывает на необходимость мониторинга за показателями заболеваемости и смертности по причине хронических болезней органов дыхания, повышения качества и доступности пульмонологической помощи населению РК, особенно в тех регионах, где показатели смертности остаются высокими [3].

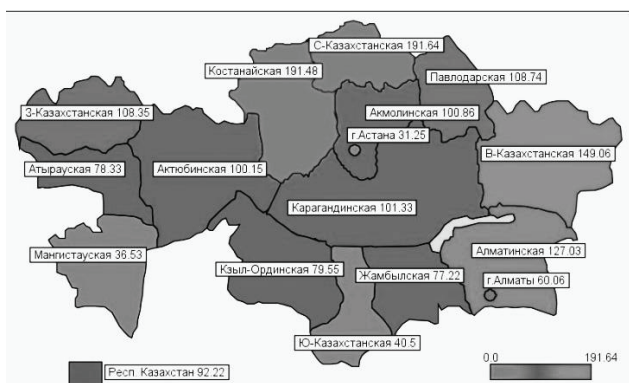


Рисунок 2 – Картограмма смертности по причине хронических заболеваний органов дыхания за 2017 г. (на 100 тыс. населения, <http://www.medinfo.kz/#/dpsobl>).

Цель исследования

Ретроспективный анализ (2008-2017 гг.) медико-социальных потерь от смертности по причине хронических болезней легких (J40 - J47) в промышленном регионе Казахстана (Карагандинская область).

Методы

Данные для анализа получены в Департаменте статистики Карагандинской области и Республиканском центре электронного здравоохранения (РЦЭЗ). Ретроспектива анализируемых показателей составила 10 лет, за период с 2008 по 2017 гг. Расчет показателя YLL, числа потерянных лет жизни в связи со смертью выполнялся согласно формуле $1: YLL = \sum Dx * ex$, (1) где Dx – число умерших в возрасте x; ex – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (из стандартных таблиц смертности); x – возраст от 0 до 85 лет и выше.

Для того чтобы отразить зависимость величины потерь здоровья от возраста, при расчете индекса YLL использовали стандартный коэффициент дисконтирования (0,3), константу для корректировки (0,1658) и параметр, определяющий форму функции, задающий социально-значимые веса различных возрастных групп (0,04).

Математико-статистическая обработка

полученных результатов осуществлялась с помощью прикладной статистической программы Statistica-10. Для количественных переменных с нормальным распределением рассчитывали среднее арифметическое, стандартную ошибку и 95% доверительный интервал. Значимость, различия между средними значениями, выявляли при помощи методов параметрической статистики, дескриптивная статистика в статье представлена в виде относительных коэффициентов.

Результаты и обсуждение

Уровень смертности по причине хронических болезней нижних дыхательных путей в среднем за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составил $40,2 \pm 7,5\%$ (ДИ 95% 30,1-50,3), что не имело достоверной разницы со среднереспубликанским уровнем $32,6 \pm 1,1\%$ (ДИ 95% 31,2-34,0). В динамике по области отмечался прирост смертности в 2,7 раза (рисунок 3). В РК прироста смертности по причине ХОБЛ не отмечалось. С 1990 г. хронические болезни органов дыхания в РК с 4 места в структуре общей смертности переместились на 5 место.

По заключению исследователей Татарстана при благоприятной эпидемиологической ситуации снижение смертности и стабилизация показателей летальности в Республике за 1994-2014 гг. проходит на фоне значительного снижения длительности пребывания пациентов в стационаре [4]. Если в РК средняя длительность пребывания больного в стационаре по всем госпитализациям составила 12,5 в 2008 г. и 9,9 в 2017 г., то в Карагандинской области аналогичные показатели были равны 15,1 и 11,2 соответственно.

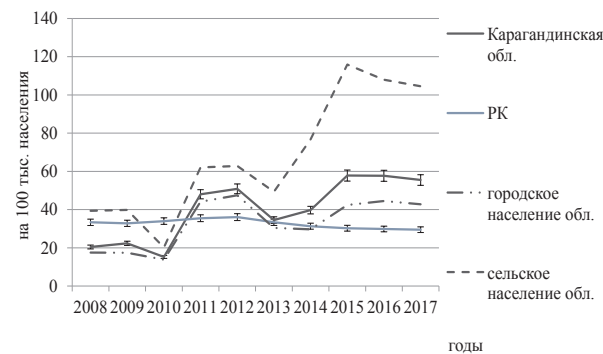


Рисунок 3 – Динамика смертности по причин хронических болезней легких

Доля сельского населения в Карагандинской области за 2008-2017 гг. была равной 21,4%. Уровень смертности у сельского населения был достоверно выше ($67,9 \pm 15,1\%$ (ДИ 95% 47,6-88,1Ф)), чем у городского населения ($33,0 \pm 6,0\%$ (ДИ 95% 25,0-41,1)). В динамике повышение смертности в городах Карагандинской области составило 2,4 раза, а в сельских районах – в 2,7 раза. По результатам исследований, в РК смертность от БОД за 2013-2015 гг. в сельской местности также на 10-15% выше, чем в городе [3].

В структуре смертности от БОД хронические

болезни нижних дыхательных путей за 2008-2017 гг. занимали лидирующее место (рисунок 4). Далее, без достоверной разницы следовала смертность по причине гриппа и пневмонии (41,3±4,1%, ДИ 95% 35,8-46,9).



Рисунок 4 – Структура смертности по причине болезней органов дыхания в Карагандинской области за 2008-2017 гг. (в %)

В структуре смертности населения России по причине БОД в 2014 г. хронические болезни нижних дыхательных путей составляли 43,2%, в т.ч. хроническая обструктивная болезнь легких – 40,39%, бронхиальная астма – 2,3%, пневмония – 49,9% всех случаев [5].

За 2008-2017 гг. единичные случаи смертности по причине хронических болезней органов дыхания в Карагандинской области зарегистрированы в возрастной группы 15-19 лет. В 2017 г. минимальные доли смертности в её структуре (1,2-2,4%) отмечались в возрастных группах от 30 до 49 лет, максимальные (6,3-12,8%) в возрастных группах 70 лет и старше. В гендерном плане смертность у мужчин была в среднем в 2,4 раза больше, чем у женщин (рисунок 5). В РК случаи смертности по причине хронических болезней легких в 2017 г. зарегистрированы и в возрастных группах детей (1-14 лет), максимальные потери отмечались в возрастной группе 70-74 лет. При смертности от респираторных инфекций в РК выделялась возрастная группа 70-74 лет, но больше обращала на себя внимание

младенческая смертность (с более чем 20% в структуре общей смертности).

По результатам исследователей Дагестана, рост показателей смертности от болезней органов дыхания также имеет линейную зависимость от возраста и достигает максимума в возрасте 70 лет и старше, а смертность мужчин превышает показатели для женского населения. На смертность от БОД оказывает влияние и этническая принадлежность, однако это влияние не является определяющим [6].

Доля мужчин трудоспособного возраста, умерших по причине хронических болезней легких в 2017 г. составила 23%, женщин – 5%. Смертность от БОД в целом в 2008-2009 гг. в РК наблюдалась у лиц трудоспособного возраста до 50 лет (57%) [7]. Для сравнения показатель смертности от БОД у мужчин трудоспособного возраста РФ был в 4,4 раза выше, чем у женщин (42‰ и 9,7‰ соответственно), а у сельских мужчин выше, чем в городе (52,6‰ и 38,3‰ соответственно) [8].

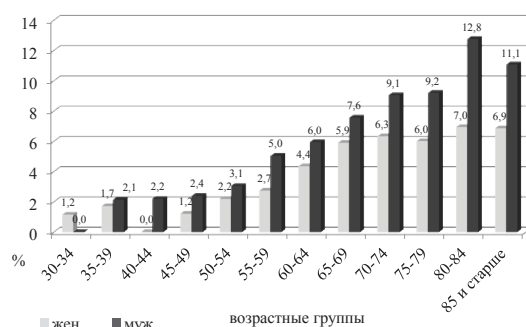


Рисунок 5 – Доли смертности по причине хронических болезней легких в поло-возрастном аспекте в 2017 г. по Карагандинской области.

Потери лет от преждевременной смертности лет по причине хронических болезней легких за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составили 4,0% YLLs, 5,2% - у мужчин и 3,0% YLLs – у женщин (таблица 1). Суммарные потери за 10 лет в Карагандинской области

Таблица 1 – Медико-социальные потери по причине смертности от хронических болезней легких (% , абсолютные показатели) в Карагандинской области за 2008-2017 гг.

| Возраст | муж | жен | всего |
|---------|--|---|--|
| 15-29 | 0,2±0,1, 0,1-0,4 38,1±18,1, 13,9-62,3 | 0,1±0,1, 0,02-0,2 19,2±11,4, 3,9-34,5 | 0,2±0,1, 0,1-0,3 57,5±23,8, 25,6-89,4 |
| 30-44 | 1,5±0,2, 1,2-1,8 218,7±34,3, 172,7-264,7 | 0,4±0,1, 0,2-0,6 59,2±17,6, 35,6-82,8 | 0,9±0,1, 0,7-1,1 277,7±41,1, 222,6-332,8 |
| 45-59 | 6,7±0,7, 5,7-7,7 784,1±86,3, 668,5-899,7 | 2,1±0,3, 1,7-2,4 287,7±41,5, 232,1-343,3 | 4,2±0,4, 3,6-4,8 1072,1±111,7, 922,4-1221,8 |
| 60-69 | 23,4±3,5, 18,7-28,1 959,2±182,5, 714,6-1203,8 | 6,9±1,3, 5,2-8,7 443,1±104,1, 303,6-582,6 | 13,4±2,1, 10,6-16,3 1402,6±282,4, 1024,2-1781,0 |
| 70-79 | 50,7±8,7, 39,0-62,4 1039,1 ±164,2, 819,1-1259,1 | 18,2±3,7, 13,2-23,2 752,5±149,0, 552,8-952,2 | 28,9±5,3, 21,9-36,0 1791,7±311,0, 1374,9-2208,5 |
| 80+ | 67,3±13,8, 48,9-85,8 340,5±76,9, 237,4-443,6 | 39,7±9,3, 27,1-52,2 597,9±143,6, 405,5-790,3 | 46,6±10,4, 32,6-60,5 938,7±217,7, 646,9-1230,5 |
| Всего | 5,2±0,7, 4,3-6,2 3380,1 ±476,4, 2741,7-4018,5 | 3,0±0,5, 2,3-3,7 2159,8±399,1, 1624,9-2694,7 | 4,0±0,6, 3,2-4,9 5540,1±868,8, 4375,8-6704,4 |

были равными 55401 году. Доля прямых потерь по причине преждевременной смертности от хронических болезней легких трудоспособного населения от ВВП (валовой региональный продукт) по области была равна за 2008-2017 гг. $0,21 \pm 0,06\%$, ДИ 95% $0,17-0,24$ (58151,3 млн. тенге за 10 лет). Показатель потерянных лет потенциальной жизни от ХОБЛ у мужчин Республики Молдова превышал таковой показатель у женщин в 3,6-4,5 раза, хотя имел тенденцию к снижению с 1999 г. от 341,9 на 100 тыс. человек до $180,0\%$ в 2013 г. у мужчин и с $95,3\%$ до $39,6\%$ у женщин [9].

Хотя распространенность болезней органов дыхания за 2008-2017 гг. как в области ($28543,9 \pm 616,2\%$, ДИ 95% $27718,1-29369,7$), так и в РК ($29198,4 \pm 264,8\%$, ДИ 95% $28843,5-29553,3$) не имела прироста, но доля смертности (показатель летальности) в распространенности БОД увеличилась с $0,2\%$ до $0,4\%$.

При анализе амбулаторных карт умерших взрослых (от 28 до 97 лет, с медианой возраста 71,1 года, 42% женщины и 58% мужчин) за 2017 год от БОД по ряду районов и населенных пунктов Карагандинской области (Улытауский, Абайский, Каркаралинский районы, города: Сарань, Жезказган, Саптаев) выявлено, что имелись региональные особенности в структуре смертности с преобладанием причин ХОБЛ или пневмоний. Из факторов риска $21,6\%$ умерших имели в анамнезе курение.

К вредным факторам, имеющим взаимосвязь со смертностью по причине хронических болезней органов дыхания, относят загрязнение воздуха. В 2012 году от загрязнения воздуха во всем мире погибло 7 млн. человек, в том числе в Европейском регионе ВОЗ, куда входит и Казахстан – отмечено почти 600000 случаев смерти. Это основной вывод доклада ВОЗ, посвященного патологии, связанной с загрязнением воздуха [10]. Указанные негативные последствия, в значительной мере, связаны с пылевыми взвешенными частицами воздуха диаметром менее 10 мкм (PM_{10} и $PM_{2,5}$), вызывающими респираторные заболевания, а также рак. Так, по данным Казгидромета, в 2015 г. (с момента начала регистрации на постах наблюдения) в г. Караганде число случаев превышения ПДК $PM_{2,5}$ было равным 2289 с повышением до 5315 в 2016 г. и 7378 в 2017 г. (131-414-431 случай выше 5 ПДК за 2015-2017 гг. и 10 и 28 случаев с превышением 10 ПДК за 2016-2017 гг.) [11]. Повышение смертности по хроническим заболеваниям легких также наблюдалось в 2015-2017 гг. В свете современных исследований для оценки опасности загрязнения воздуха пылью необходимо выяснить ее дисперсный состав. В материалах «Казгидромета», предприятия РК по оценке экологического состояния окружающей среды с круглосуточным мониторингом, имеется информация о суммарной концентрации пыли в атмосферном воздухе, тогда как определение ее фракционного состава не проводится [12]. Все выявленные факторы риска (курение, взвешенные

частицы в атмосфере, загрязнение воздуха при печном отоплении дома, профессиональное запыление рабочей зоны, превышение уровня озона и пассивное курение) обуславливают $73,3\%$ DALY (95% ДИ $65,8-80,1$) от ХОБЛ [2].

Основными факторами риска развития хронических болезней нижних дыхательных путей в РК в 2017 г. были поведенческие риски $47,9\%$, экологические и профессиональные риски $31,67\%$, смешанные $20,42\%$ (рисунок 6).

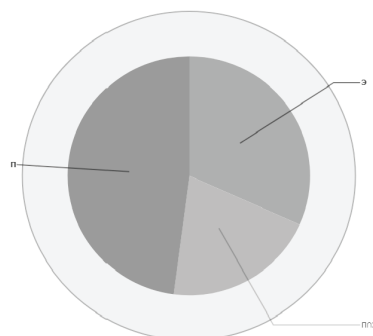


Рисунок 6 – Основные факторы риска развития хронических болезней нижних дыхательных путей по РК за 2017 год (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>)

Численность работников, занятых во вредных условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям и нормам на 2016 г. в РК, составила 368765 чел. (22% от всех работающих), среди областей лидировала Карагандинская (72666 чел., 40%). В Казахстане в 2015 г. 21% населения ежедневно курит, при этом мужчины в 9,2 раза больше привержены к курению. Приведенные данные свидетельствуют о большом медицинском и социальном значении для страны и регионов патологии органов дыхания и необходимости в проведении дальнейших мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями, и с целью снижения смертности населения от БОД, в частности от хронических болезней легких.

Выводы

1. При ретроспективном анализе смертности по причине хронических болезней легких в Карагандинской области, промышленном регионе Казахстана, выявлено ее увеличение с 2008 по 2017 гг. более чем в два раза, что требует медико-социальных мероприятий по её снижению.

2. В структуре смертности от болезней органов дыхания хронические болезни легких занимают лидирующее место ($49,1\%$), что отчасти объясняется демографическим старением населения, так как показатели смертности от хронических болезней органов дыхания имеют линейную зависимость от возраста и достигают максимума в возрасте 70 лет и старше.

3. Смертность мужчин по причине хронических болезней органов дыхания превышала показателей для женского населения. Уровень смертности по причине

хронических болезней легких у сельского населения достоверно выше, чем у городского населения. Это частично объяснимо имеющимися в промышленном регионе факторами риска загрязнения окружающей среды, поведенческими и профессиональными рисками.

4. Прямые медико-социальные потери от хронических болезней легких трудоспособного населения в Карагандинской области составили 0,21% от ВВП региона.

Список литературы:

1. Burney PGJ, Patel J, Newson R. et al. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010. *European Respiratory Journal* 2015;45(5):1239-1247. URL: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/45/5/1239.full.pdf> (дата обращения 02.04.2019).
2. Soriano JB, Abajobir AA, Abate KH. et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respiratory Medicine*, 2017;5 (9):691-706. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221326001730293X?via%3Dihub> (дата обращения 02.04.2019).
3. Беркинбаев СФ, Есетова ГУ, Рахымбаева ЖЖ. Анализ смертности населения Республики Казахстан от болезней органов дыхания в 2013-2015 гг. *Вестник КазНМУ* 2017;4:468-471. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/analiz-smertnosti-naseleniya-respubliki-kazahstan-ot-bolezney-organov-dyhaniya-v-2013-2015-g-g> (дата обращения 02.04.2019).
4. Вафин АЮ, Визель АА, Шерпутовский ВГ. и др. Заболевания органов дыхания в Республике Татарстан: многолетний эпидемиологический анализ. *Вестник современной клинической медицины* 2016;9(1):24-31. URL: http://vskmjournals.org/images/Files/Issues_Archive/2016/Issue_1/VSKM_2016_N_1_p24-31.pdf (дата обращения 02.04.2019).
5. Биличенко ТН, Быстрицкая ЕВ, Чучалин АГ, Белевский АС, Батын СЗ. Смертность от болезней органов дыхания в 2014-2015 гг. и пути ее снижения. *Пульмонология* 2016;26(4):389-397. URL: <https://journal.pulmonology.ru/pulm/article/viewFile/740/640> (дата обращения 02.04.2019).
6. Абдуллаева ЭК, Хачиров ДжГ, Атаев МГ. Этническая принадлежность, возраст и пол как факторы риска смертности взрослого населения от болезней органов дыхания в сельской местности Республики Дагестан. *Фундаментальные исследования* 2011;3:22-27. URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=21113> (дата обращения: 02.04.2019).
7. Муминов ТА. Пульмонология. Доклады Национальной академии наук Республики Казахстан 2011;2:17-32. URL: <http://nblib.library.kz/elib/library.kz/journal/Muminov0211.pdf> (дата обращения 02.04.2019).
8. Быстрицкая ЕВ. Анализ смертности от болезней органов дыхания трудоспособного населения Российской Федерации в 2012-2014 гг. *Мат. XXVI Национальный Конгресс по болезням органов дыхания*. г. Москва, 2016;10:18-21. г.248 URL: <http://spulmo.ru/download/Tezisi%20block%202016%20195x295%20to%20Site.pdf> (дата обращения: 02.04.2019).
9. Писаренко СВ, Писаренко НК. Преждевременная смертность от ХОБЛ в Республике Молдова. *Мат. XXVI Национальный Конгресс по болезням органов дыхания*. г. Москва, 2016;10:18-21. г.:190-191. URL: <http://spulmo.ru/download/Tezisi%20block%202016%20195x295%20to%20Site.pdf> (дата обращения: 02.04.2019).
10. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014. URL: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf?ua=1 (дата обращения: 02.04.2019).
11. Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды РК. Министерство энергетики РК, Департамент экологического мониторинга, РГП «Казгидромет», Астана; 2015, 2016, 2017.
12. Неменко БА, Илиясова АД, Арынова ГА. Оценка степени опасности мелкодисперсных пылевых частиц воздуха. *Пресс-служба КазНМУ. Казахский национальный медицинский университет*; 2014.

ТҮЙІН

В.Р. НИКЕЛЬ, О.Б. ЖАНДАРБЕКОВ

**ҚР ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ
ӨКПЕ АУРУЫНАН БОЛАТЫН ӨЛІМ-ЖІТІМ
ШЫҒЫНДАРЫН ТАЛДАУ**Қарағанды медицина университеті, Қарағанды,
Қазақстан

Кіріспе. Жалпы өлім құрылымында тыныс жолдары ауруларынан болатын өлім жағдайы жетекші болмаса да, динамика деңгейінің жоғарылауымен байланысты маңызды орын алады.

Мақсаты. Қарағанды облысындағы созылмалы өкпе ауруларының салдарынан болатын өлім-жітімнің шығындарын талдау.

Материалдар мен әдістер. Құрылымы мен динамикасының жазбасын орташа республикалық мәліметтермен, сондай-ақ аймақ бойынша валдық ішкі өнімнен (ВІӨ) тікелей экономикалық жоғалтуларды есептегенде мерзімінен бұрын өлім жағдайының интегралды өлім көрсеткішімен салыстырғанда Статистика департаментінің Қарағанды филиалында алынған тыныс жолдары ауруларының себебі бойынша өлім көрсеткішінің ретроспективті талдауы жасалды.

Қорытындылар мен қорытындылар. Қарағанды облысындағы созылмалы өкпе ауруы, Қазақстанның индустриалды аймағы бойынша өлім-жітім 2008 жылдан 2017 жылға дейін екі есе өсті. Респираторлық аурулардан болатын өлім құрылымында созылмалы өкпе аурулары жетекші орынды иеленді. Ауыл тұрғындарының арасында созылмалы өкпе ауруларына байланысты өлім-жітім қалалық тұрғындарға қарағанда айтарлықтай жоғары болды. Созылмалы респираторлық аурулардан болатын өлім-жітім деңгейі жасына байланысты және 70 жастан жоғары жастағы адамдарға жетті. Ерлердің өлім-жітім көрсеткіштері әйелдер санынан асып түсті. Қарағанды облысындағы жұмыс жасындағы халықтың созылмалы өкпе ауруларынан тікелей медициналық және әлеуметтік шығындар облыстың ЖІӨ-нің 0,21% -н құрады. Өлім-жітімнің жоғалуы көбінесе 10 микроннан аз диаметрі бар, тоқтатылған бөлшектердің қоршаған ортаны ластауы, кәсіби және мінез-құлықтың қауіп-қатері болуы мүмкін.

Негізгі сөздер: өлім, созылмалы өкпе ауруы, мезгілсіз қаза.

SUMMARY

V.R. NICKEL, O.B. ZHANDARBEKOV

**MORTALITY FROM CHRONIC LUNG DISEASES
IN THE KARAGANDA REGION OF RK**

Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

Mortality due to respiratory diseases occupies a significant portion of the total of mortality cases, although not the leading one, an increase in the level of such cases can be seen.

Purpose: analysis of losses from mortality cases due to chronic lung diseases in the Karaganda region of Kazakhstan.

Materials and methods. A retrospective (2008-2017) analysis of mortality rates due to respiratory diseases which were obtained from the Karaganda branch of the Department of Statistics was conducted, with a description of the changes in mortality rates in comparison with the total data of the Republic, as well as the integral indicator of years loss from premature mortality with the calculation of direct economic losses from gross domestic product (GDP) in the region.

Results and conclusion. Mortality due to chronic lung disease in the Karaganda region, the industrial region of Kazakhstan, is doubled from 2008 to 2017. In the portion of mortality cases from respiratory diseases, chronic lung diseases occupies the leading place. The mortality rate due to chronic lung disease among the rural population was significantly higher than that of the urban population. Mortality rates from chronic respiratory diseases and age were linearly dependent, and reached a maximum at the age group of 70 and older. Male mortality rates exceeded those of the female population. Direct medical and social losses from chronic lung diseases of the working-age population in the Karaganda region accounted for 0.21% of the region's GDP. The increase in mortality losses may be in part due to environmental pollution by suspended particles with a diameter of less than 10 microns, occupational and behavioral risks.

Keywords: mortality; chronic lung disease; premature loss of years.

УДК 616.12-008.331.1: 616.891.6

МРНТИ 76.29.30, 76.29.51

А.Н. НИКОЛАЙЧИК, Т.В. КОЛЕСНИК

ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, Днепропетровск, Украина

Научный руководитель: Т.В. Колесник

Распространенность депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10%, хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12-27% населения Европы. Доказано, что стресс, тревожно-депрессивный синдром тесно связаны с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Работа основана на оценке уровня тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью.

Целью работы было определить частоту проявлений тревоги, депрессии и уровня стресса среди пациентов с гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста с помощью психометрических методов (шкала HADS и опросник Reeder L.).

Методы исследования: психометрические методы (шкала HADS и опросник Reeder L.) оценки у пациентов, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях.

Результатами исследования. Было установлено, что при опросе пациентов, страдающих ГБ (основная группа) и нормотензивных пациентов (контрольная группа) по шкале HADS тревога была выявлена у 14 пациентов (50%) в основной группе, а в контрольной группе – у 5 пациентов (30%). При оценке в группах исследования депрессии по шкале HADS, депрессивные расстройства зарегистрированы у 9 больных (33%) основной группы и у 1 пациента (6%) контрольной группы. Общие показатели согласно опроснику Reeder L., которые указывают на наличие стресса среди больных основной группы, распределялись следующим образом: у 1 пациента (4%) с достижением целевого уровня АД; при АД 1 и 2 степени – по 5 пациентов (18%) соответственно; при АД 3 степени – у 13 пациентов (46%).

Выводы. В результате данного исследования среди больных ГБ пожилого и старческого возраста был выявлен высокий уровень распространенности тревоги (50%), депрессии (33%) и стресса (86%). По сравнению с контрольной группой у больных с ГБ тревога встречалась на 20% чаще, а частота регистрации депрессии и стресса была выше на 27% соответственно. Распространенность уровня тревоги, депрессии и стресса у больных с ГБ ассоциирована с уровнем АД: чем выше уровень АД, тем выше была степень патологических изменений психоэмоционального состояния пациентов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, депрессия, тревога, стресс.

Введение

Результаты исследования Psychological Disorders in Primary Care показывают, что к психическим расстройствам, которые наиболее часто встречаются в общей медицинской практике, относятся депрессия и тревожные расстройства. Распространенность депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10% [1, 2], хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12-27% населения Европы [3]. По мнению экспертов ВОЗ (информационный бюллетень ВОЗ №369, февраль 2017 г.) депрессия является основной причиной инвалидности в мире, она вносит значительный «вклад» в глобальное бремя всех болезней. В настоящее время депрессией страдает более 300 миллионов человек всех возрастных групп [4].

Тревожные и депрессивные расстройства у лиц с соматической патологией встречаются в 2-3 раза чаще, чем в общей популяции [5]. Существуют также данные о том, что симптоматика депрессии осложняет проявления уже имеющегося соматического заболевания, негативно влияет на социальную адаптацию, снижает качество жизни и работоспособность [6, 7].

Доказано, что стресс, тревожно-депрессивный синдром тесно связаны с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Данная проблема представляется особенно значимой ввиду широкой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и в связи с ростом кардиоваскулярной смертности в последние годы [8, 9]. С другой стороны, показано, что заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда, инсульта и других серьезных сердечно-сосудистых заболеваний возрастает у пациентов с депрессией [10]. По существующим оценкам, распространенность депрессивных состояний у больных с ССЗ варьирует от 18 до 65% [11, 12]. В исследовании INTERHEART (2004) депрессия и психосоциальный стресс были признаны независимыми факторами риска развития ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, занимая 3-е место по значимости среди известных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний [13]. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет сопровождаются высокой частотой депрессии, могут влиять на лечение и прогноз [14].

Депрессия повышает риск возникновения ГБ в

2,5 раза [15]. Некоторые авторы рассматривают артериальную гипертензию как триггер развития тревожно-депрессивных расстройств [16]. Найдена прямая пропорциональная зависимость повышения артериального давления от уровня депрессивного состояния, чем выше показатель – тем больше артериальное давление. Современные клинические и эпидемиологические исследования указывают, что наличие депрессии и степень ее тяжести также тесно связаны с прогнозом пациентов с гипертонической болезнью [17]. В исследовании Tsartalis D. et al., при изучении влияния депрессии на качество жизни больных артериальной гипертензией было показано, что депрессия – механизм, который частично определяет качество жизни у больных с АГ [18]. В тоже время, по мнению других исследователей, связь между депрессией и высоким кровяным давлением отсутствует [17].

Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму [19]. Метаболизм нервной системы и изменения в некоторых нейротрансмиттерах является патофизиологической основой гериатрической депрессии. Изменения социальных ролей, среды и семейных обстоятельств, соматические заболевания, а также жизненные события, такие как смерть близких, могут сделать пожилых людей более восприимчивыми к гериатрической депрессии.

Гериатрическая депрессия является основной проблемой общественного здоровья и имеет особенно большое влияние на общее самочувствие и состояние здоровья. Исследования на уровне сообществ пожилых людей показали, что распространенность депрессии в Японии составила 33,5%, в Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах – 17,6% и 14,6% соответственно [20, 21].

Согласно официальной статистике, отмечается большой разброс данных о распространенности психических расстройств и их субклинических состояний, связанный с трудностями проведения эпидемиологических исследований и сложностью статистического анализа. Кроме того, в исследованиях выявлена недостаточно хорошая подготовка терапевтов, кардиологов и других специалистов в области соматических заболеваний в плане диагностики психических расстройств [9, 18]. По данным литературы, у пациентов, наблюдаемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях, клинический и субклинический уровень тревоги зарегистрирован от 20 до 80% случаев, депрессии – от 20 до 60%, и в 50-80% случаев эти состояния не обнаружены врачами амбулаторно-поликлинических учреждений [22].

Использование субъективных психометрических шкал позволяет минимизировать затраты на проведение скрининга возможных психических расстройств у населения [23], при этом для интерпретации полученных результатов не требуется специальных знаний у обычных врачей амбулаторно-поликлинических учреждений.

Одной из наиболее востребованных психометрических шкал является Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale - HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Bjelland I. и соавт. (2002 г.) оценили надежность опросника HADS, его место в ряду других психометрических инструментов для оценки уровня тревоги и депрессии. Авторы делают вывод о том, что с помощью шкалы HADS хорошо определяются эмоционально-поведенческие проявления тревожного и депрессивного спектра у лиц, получающих медицинскую помощь, как в первичном звене, так и в общей популяции.

Цель

Определить частоту проявлений тревоги, депрессии и уровня стресса среди пациентов с гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста с помощью психометрических методов (шкала HADS и опросник Reeder L.).

Методы

Характеристика больных. Обследовано 45 пациентов, которые были разделены на две группы – основную и контрольную. Контрольная группа состояла из 17 нормотензивных пациентов без наличия сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 61 до 77 лет ($67,8 \pm 0,93$ года). В основную группу включены 28 больных с ГБ III стадии в возрасте от 60 до 95 лет ($83 \pm 1,09$ лет). Согласно степени повышения уровня АД в основной группе АГ 2 степени была установлена у 8 больных (29%), у 20 пациентов (71%) – АГ 3 степени. В основной группе 20 больных (72%) имели сочетание ГБ с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения III ФК, у 4-х (14%) больных ГБ была осложнена постинфарктным кардиосклерозом, у 4-х (14%) – нарушением мозгового кровообращения. Верификация ГБ и определения стадии заболевания проводилось кардиологом на основании данных физикального и клинико-инструментального исследования в соответствии с унифицированным клиническим протоколом «Артериальная гипертензия» (приказ МЗ Украины №384 от 24.05.2012 г.) и рекомендаций ESC (2018 г.). Группы были сопоставимы по возрасту и полу пациентов.

Критериями исключения для данного исследования были:

1) наличие в настоящее время или в анамнезе органических расстройств психики, психических расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, шизофрении, бредовых расстройств;

2) вторичные формы артериальной гипертензии, ассоциированные клинические состояния, хроническая сердечная недостаточность III-IV функциональных классов (по NYHA), сахарный диабет, врожденные и приобретенные пороки сердца, тяжелая сопутствующая патология в анамнезе нарушения сердечного ритма.

Исследование проводилось у пациентов, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях. Согласно разра-

ботанному протоколу, дизайн исследования состоял из опроса и сбора анамнеза пациентов, измерения уровня артериального давления (АД) и психометрического анкетирования. Наличие, степень выраженности тревоги и депрессии, уровень стресса определяли психометрическими методами с помощью специальных опросников.

Для оценки тревоги и депрессии в баллах была использована Госпитальная шкала HADS (Zigmond A.S., Snaithe R.P., 1983 год), состоящая из двух частей. Первая часть включает анализ тревоги, вторая – анализ депрессии, каждая содержит по 7 вопросов. Сумма полученных по опросу баллов определяла клиническую категорию тревоги и депрессии:

- отсутствие клинически выраженных симптомов – 0-7 баллов;
- субклинически выраженная тревога или депрессия – 8-10 баллов;
- клинически выраженная тревога или депрессия – 11-21 баллов.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. **Я испытываю напряжение, мне не по себе**
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
2. **Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться**
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, это так, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
3. **Беспокойные мысли крутятся у меня в голове**
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
4. **Я легко могу присесть и расслабиться**
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
5. **Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь**
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто

Таблица. Ключевые утверждение в опроснике Reeder L.

| Утверждение | ДА, согласен | Скорее согласен | Скорее не согласен | НЕТ, не согласен |
|---|--------------|-----------------|--------------------|------------------|
| Я нервный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я очень волнуюсь за свою работу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я часто чувствую нервное напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Моя ежедневная деятельность вызывает большое напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Общаясь с людьми, я чувствую нервозность | 1 | 2 | 3 | 4 |
| В конце дня я утомлен морально и физически | 1 | 2 | 3 | 4 |
| В моей семье часто возникают напряженные отношения | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

- 3 - определенно это так
- 2 - Наверно, это так
- 1 - лишь в некоторой степени, это так
- 0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

- 3 - очень часто
- 2 - довольно часто
- 1 - не так уж часто
- 0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверно, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверно, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

- 3 - совсем не испытываю
- 2 - очень редко
- 1 - иногда
- 0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 3 - практически все время
- 2 - часто
- 1 - иногда
- 0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

- 3 - определенно, это так
- 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени

- 0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

- 0 - точно так же, как и обычно
- 1 - да, но не в той степени, как раньше

- 2 - значительно меньше, чем обычно
- 3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 0 - часто
- 1 - иногда
- 2 - редко
- 3 - очень редко

Психологический статус (уровень стресса) устанавливали по опроснику Reeder L. (1968 г.). Эта анкета (табл.) для определения психоэмоционального состояния пациентов включала следующие вопросы:

Уровень стресса считался высоким от 1 до 2,0 баллов, средний уровень стресса – от 2,0 до 3,0 баллов, низкий уровень стресса определялся при сумме от 3,0 до 4,0 баллов.

Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием методов биостатистики, реализованных в лицензированном пакете программ Statistica v.6.1® (Statsoft Inc., США). Проверку соответствия распределения количественных данных нормальному закону проводили по критериям Колмогорова – Смирнова с поправкой Лилиефорса. При нормальном законе распределения статистические характеристики представлены в виде средней арифметической (M), ее стандартной ошибки ($\pm m$) и 95% доверительного интервала (95% ДИ), в остальных случаях – в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25%; 75%). Сравнение статистических характеристик проводилось с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и обсуждение

При опросе пациентов основной и контрольной группы по шкале HADS тревога (Рис.1) в основной группе была выявлена у 14 пациентов (50%), а в контрольной группе – у 5 пациентов (30%).

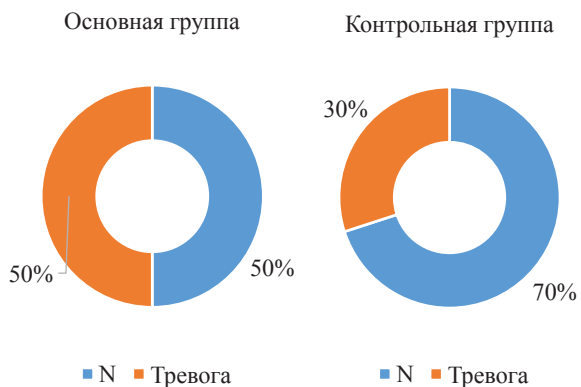


Рис.1. Частота проявления тревоги в основной и контрольной группах

Анализ частоты проявления тревоги по категориям (рис. 2) показал, что в основной группе отсутствие клинических симптомов тревоги установлено у 14 пациентов (50%), субклинический уровень тревоги – у 9 больных (32%), клинический уровень тревоги зарегистрирован у 5 пациентов (18%). При исследовании контрольной группы было выявлено отсутствие досто-

верно выраженных симптомов тревоги у 12 пациентов (70%), субклинический уровень – у 4 пациентов (24%), клинический уровень тревоги – у 1 пациента (6%).

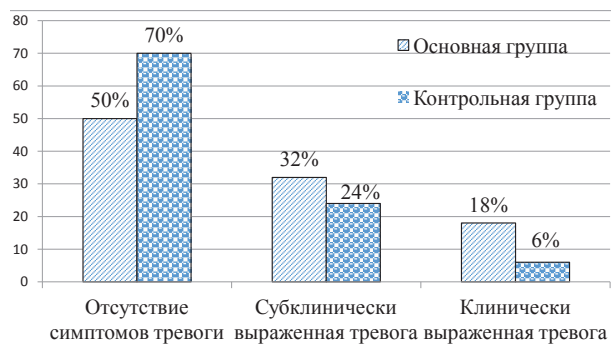


Рис.2. Частота выявления тревоги по категории по группам

При оценке в группах исследования депрессии по шкале HADS, депрессивные расстройства зарегистрировано у 9 больных (33%) основной группы и у 1 пациента (6%) контрольной группы (рис 3.).

При анализе результатов опроса и распределении пациентов по категории депрессии (Рис.4.) было установлено, что у больных основной группы отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии выявлено у 19 больных (67%), признаки субклинически выраженной депрессии установлены у 8 больных (29%), клинический значимый уровень депрессии зарегистрирован у 1 больного (4%).

Среди пациентов контрольной группы по шкале

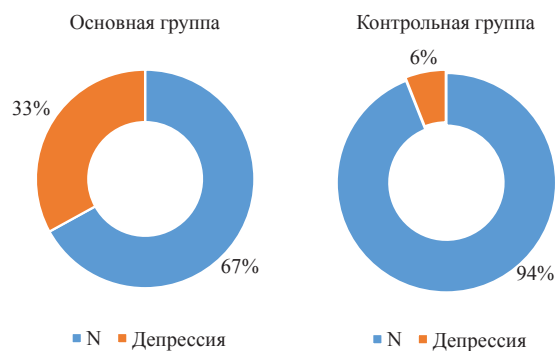


Рис. 3. Частота выявления депрессии в основной и контрольной группах

HADS установлено, что отсутствие достоверно выраженных симптомов выявлено у 18 пациентов (94%), субклинически выраженная депрессии определена у 1 пациента (6%), клинически выраженная депрессия отсутствовала.

Депрессия – механизм, который частично определяет качество жизни пациентов с АГ. Раннее диагностирование этого нарушения психологического состояния позволит смягчить картину течения ГБ у пациентов старческого и пожилого возраста (информационный бюллетень ВОЗ №369, февраль 2017 г.).

При анализе психологического статуса (уровня

стресса) по опроснику L.Reeder (1968 г.) в группах исследования было выявлено, что повышенный уровень стресса в основной группе зарегистрирован у 24 пациентов (86%), в контрольной группе значительно меньше – у 10 пациентов (59 %). Данные графически изображены на рис.5.

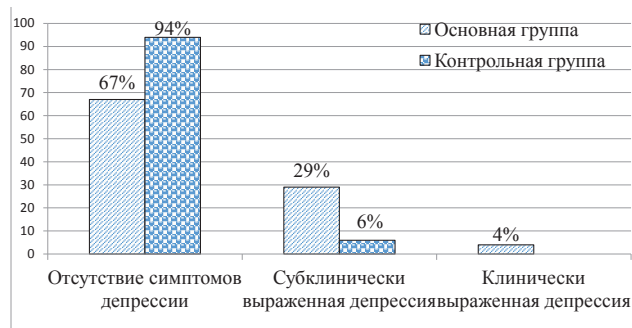


Рис.4. Частота выявления депрессии по категории по группам

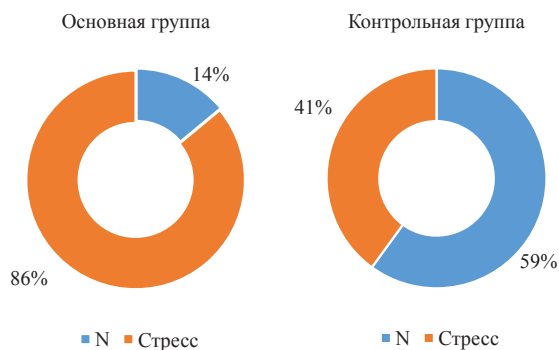


Рис.5. Частота выявления стресса в основной и контрольной группе

Опрос пациентов на определение уровня психоэмоционального состояния позволил определить в основной группе: высокий уровень стресса у 29% (8 пациентов), средний – 57% (16 пациентов), низкий – 14% (4 пациента); в контрольной группе: высокий уровень стресса у 24% (4 пациента), средний – 35% (6 пациентов), низкий – 41% (7 пациентов). Результаты графически изображены на рис.6.

Все пациенты основной группы на момент исследования получали антигипертензивную терапию. Согласно протоколу исследования, при измерении уровня «офисного» АД у пациентов основной группы было установлено, что только 1 пациент (4%) на фоне лечения достиг целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт.ст.), АД 1 степени была установлена у 5 больных (18%), АД 2 степени – у 7 пациентов (25%), АД 3 степени – у 15 больных (54%).

Сопоставление результатов опроса по шкале HADS у больных основной группы и уровня повышения АД на фоне лечения показал, что тревога обнаружена у 1 (4%) больного с достижением целевого уровня АД, у 5 (18%) больных с АД 1 степени, у 1 больного (4%) с АД 2 степени, у 7 (24%) пациентов с АД 3 степени.

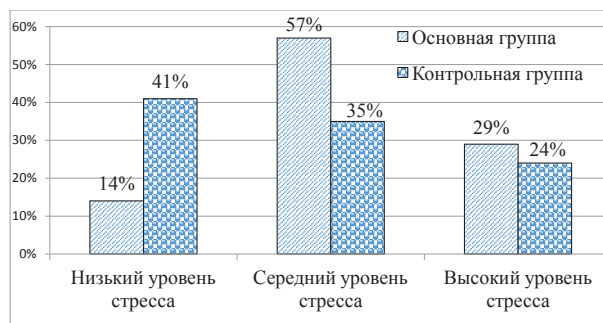


Рис.6. Психоэмоциональное состояние в группах исследования

При детальном анализе тревоги по степени выраженности (Рис.7) у больных ГБ было установлено, что при достижении целевого уровня АД у 1 (4%) пациента тревога была субклинически выраженная. При АД 1 степени тревога имела у 3 больных (11%) субклинический характер, у 2 больных (7%) – клинически значимые проявления. При АД 2 степени у 1 больного (4%) тревога была клинически значимая. При АД 3 степени у 5 пациентов (17%) тревога имела субклинический характер, у 2 пациентов (7%) тревога была клинически значимая.

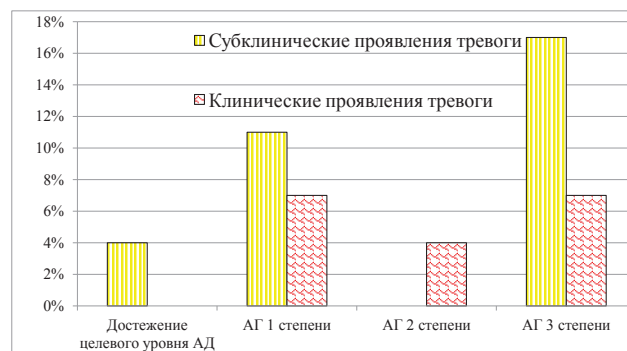


Рис.7. Частота выявления тревоги в основной группе по категории в зависимости от степени АД

Нами был проанализирован уровень выраженности депрессии по категориям в зависимости от степени АД (Рис.8). В результате исследования было установлено, что у 1 больного (4%), который достиг на фоне приема антигипертензивной терапии у целевого уровня АД, была обнаружена только субклиническая депрессия. Аналогичная картина наблюдалась у больных (по 4%) при АД 1 и 2 степени. У больных АД 3 степени в 5 случаях (18%) установлено субклинический характер депрессии, в 1 случае (4%) наблюдалась клинически значимая депрессия.

Общие показатели согласно опроснику Reeder L., которые указывают на наличие стресса среди больных основной группы, распределялись следующим образом: у 1 пациента (4%) с достижением целевого уровня АД; при АД 1 и 2 степени – по 5 пациентов (18%) соответственно; при АД 3 степени – у 13 пациентов (46%).

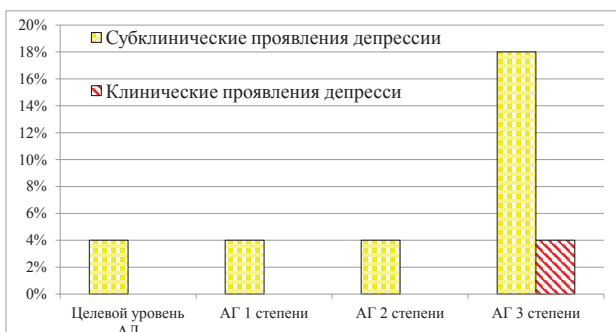


Рис. 8. Частота выявления депрессии в основной группе по категории в зависимости от степени АГ

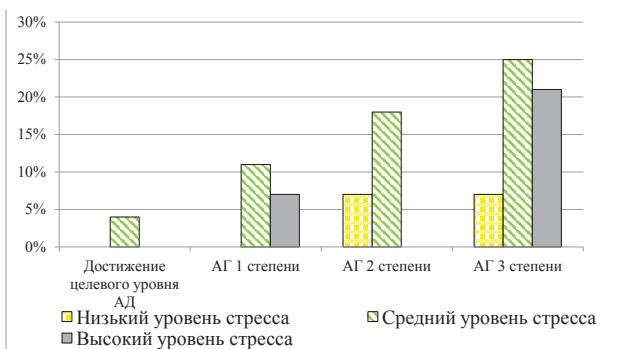


Рис. 9. Частота выявления стресса по категории в основной группе в зависимости от степени АГ.

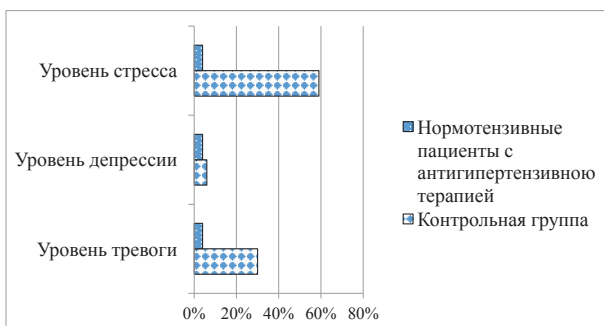


Рис. 10. Сравнительная характеристика уровня тревоги, депрессии и стресса в основной и контрольной группах

Анализ психоэмоционального состояния по категории (уровню стресса), который определялся по опроснику Reeder L. у пациентов основной группы в зависимости от степени повышения АД (рис. 9) свидетельствует о том, что у 1 больного (4%) с достижением целевого уровня АД установлено средний уровень стресса; при АГ 1 степени – высокий уровень стресса определено у 2 пациентов (7%), средний – у 3 пациентов (11%); при АГ 2 степени наличие среднего уровня стресса имела место у 5 пациентов (18%), низкого – у 2 больных (7%); при АГ 3 степени – высокий уровень стресса определен у 6 пациентов (21%), средний уровень – у 7 больных (25%), низкий уровень – у 2 пациентов (7%).

Результаты сравнительного анализа двух групп – контрольной и основной, в которой пациенты проходили антигипертензивное лечение и достигли целевого уровня АД, с разным уровнем тревоги, депрессии и стресса показано на рис. 10.

Выводы:

1. В результате данного исследования среди больных ГБ пожилого и старческого возраста был выявлен высокий уровень распространенности тревоги (50%), депрессии (33%) и стресса (86%).

2. В процентном соотношении уровень тревоги у пациентов с ГБ по сравнению с контрольной группой (нормотензивные пациенты) превосходил на 20%, депрессии и стресса – на 27% соответственно.

3. Распространенность уровня тревоги, депрессии и стресса у больных с ГБ был ассоциирован с уровнем АД: чем выше уровень АД, тем выше степень патологических изменений психоэмоционального состояния пациентов.

4. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения психометрических методов с использованием специальных опросников HADS и Reeder L. в протокол обследования больных ГБ пожилого и старческого возраста.

Список литературы:

1. Глушков РГ, Андреева НИ, Алеева ГН. Депрессии в общемедицинской практике. Русский медицинский журнал 2005;13(12):2–3.
2. Мухтаренко СЮ, Мураталиев ТН. Аффективного расстройства, качество жизни и приверженность к лечению у больных коронарным заболеванием сердца при различных методах лечения. Вестник КРСУ. 2014;5:118–122.
3. Tsartsalis D. et al. Psychiatriki. 2016 Jul-Sep; 27(3):192–203.
4. World Health Organization. Mental health: Depression (http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
5. Fink P, Steen Hansen M, Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. Psychosomatics 2005;6:540–548.
6. Bjelland I, Haug T. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychosom. 2002;52:69–77.
7. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361–370, R. P. Snaith. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361–370.
8. Погосова ГВ. Психоэмоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: вопросы лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006; 5(2):94–99.
9. Чазов ЕИ, Оганов РГ, Погосова ГВ. Программа КО-ОРДИНАТА Изучение депрессии у пациентов с артериальной гипертонией и гипертонической болезнью. Терапевтический архив. 2006;4:38–44.
10. Никольская ИН и др. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции. Лечащий врач. 2007;3:89–91.

11. Januzzi JL Jr, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med.* 2000;160 (13):1913–1921.
12. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55 (7):580–592.
13. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in individuals from different regions. *Lancet.* 2004;364:53–62.
14. Yaxin Z, Lina M, Yujing C. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding 2017;
15. Рекомендации Украинского общества кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии. Киев, 2012;54.
16. Краснов ВН. Учебная программа по депрессивным расстройствам. Москва: М.: МНИИ Психиатрии, 2010;(3).
17. Сиренко ЮН, Сиренко ЮМ. Артериальная гипертензия: выявление и стратификация риска. *Клиническая ангиология* 2005;1.
18. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. 2006;4:413–426.
19. WHO Информационный бюллетень 2017;(369):
20. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, et al. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2004;110:3452–6.
21. Ustin T, Sartorius N. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. Washington: Department of Health and Human Services, 2004;(2).
22. Билялов ФИ. Психические расстройства в практике терапевта. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2014;(1):324.
23. Андрущенко АВ, Дробижев МЮ, Добровольский АВ. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общей практической медицине. *Неврология и психиатрия* 2005;5:11–17.

ТҮЙІН

А.Н. НИКОЛАЙЧИК, Т.В. КОЛЕСНИК

ГИПЕРТОНИЯ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ҮРЕЙЛІК ПЕН ДЕПРЕССИЯНЫ БАҒАЛАУ

Украина ДСМ Днепрпетровск медицина академиясы,
Днепрпетровск, Украина

АҚШ пен Европаның экономикалық дамыған елдерінің тұрғындарында депрессиялық бұзылыстың таралуы 10%-ға жетеді, Европа тұрғындарында үрейлену бұзылыстарының кем дегенде бір эпизоды 12-27% кездеседі. Күйзеліс, үрейлену-депрессивті синдромы жүрек-тамыр ауруларының даму қаупімен тығыз байланысы бары дәлелденген. Жұмысқа бару науқастардың үрейлену-депрессивті бұзылушылықтарының деңгейін бағалауға негізделген.

Жұмыстың мақсаты психометриялық әдістерді (HADS шкаласы және Reeder L. сауалнамасы) қолдану арқылы егде жастағы және кәрі жастағы гипертониялық ауруы бар науқастар арасында үрейлену, депрессия және күйзеліс деңгейлерін анықтау болды.

Зерттеу әдістері: кардиологиялық және терапевтік бөлімшелерде стационарлық ем алған науқастарды бағалаудың психометриялық әдістері (HADS шкаласы және Reeder L. сауалнамасы).

Зерттеудің нәтижелері: HADS шкаласы бойынша гипертониямен ауыратын науқастармен (негізгі топ) және қалыпты пациенттермен (бақылау тобымен) сұхбат кезінде негізгі топтағы 14 науқаста (50%), ал бақылау тобында 5(30%) науқаста үрейлену анықталды. Зерттеу топтарында HADS шкаласы

SUMMARY

A.N. NIKOLAYCHIK, T.V. KOLESNIK

ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE

SI “Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine”, Dnepropetrovsk, Ukraine

The prevalence of depressive disorders in the population of economically developed countries of Europe and the USA reaches 10%, at least one episode of anxiety disorders is recorded in 12-27% of the population in Europe. It is proved that stress, anxiety-depressive syndrome are closely associated with the risk of developing cardiovascular diseases (CVD). The work is based on an assessment of anxiety and depressive disorders level in patients with hypertension.

Purpose: to determine the frequency of anxiety, depression and stress levels among hypertensive patients of elderly and old age using psychometric methods (HADS scale and Reeder L. questionnaire).

Materials and methods: psychometric methods (HADS scale and Reeder L. questionnaire) for evaluating patients who were hospitalized in the cardiological and therapeutic departments.

The results of the research: it was found that when interviewing patients suffering from hypertension (main group) and normotensive patients (control group) on the HADS scale, anxiety was detected in 14 patients (50%) in the main group, and in the control group - in 5 patients (30%). When evaluated in groups of depression studies on the HADS scale, depressive disorders were recorded in 9

бойынша депрессияны бағалағанда, депрессивтік бұзылыстар негізгі топта - 9 наукаста (33%) және бақылау тобында - 1 (6%) наукаста тіркелді. Күйзеліс барын көрсететін Reeder L сауалнамасына сәйкес жалпы көрсеткіштер негізгі топ наукастары арасында келесідей болып таралды: 1 пациентте (4%) АҚҚ мақсатты деңгейімен; АҚҚ 1 және 2 дәрежесімен - 5 пациент (18%) сәйкесінше; АҚҚ 3 дәрежесінде - 13 пациентте (46%).

Қорытынды. Осы зерттеудің нәтижесінде егде жастағы және қартайған жастағы гипертониясы бар наукастар арасында үрейленудің (50%), депрессия (33%) және стресс (86%) таралуының жоғары деңгейі анықталды. Бақылау тобымен салыстырғанда, гипертониямен наукастарда үрейлену 20% жиі кездеседі, депрессия мен стрестік жиілігі 27%-ға жоғары болды. Гипертониямен наукастарда алаңдаушылық, депрессия мен стрестің таралуы қан қысымының деңгейімен байланысты: қан қысымының деңгейі неғұрлым жоғары болса, пациенттердің психо-эмоционалдық жағдайындағы патологиялық өзгерістер дәрежесі соғұрлым жоғары болады.

Негізгі сөздер: гипертония ауруы, артериалды гипертония, депрессия, үрейлену, күйзеліс.

patients (33%) of the main group and in 1 patient (6%) of the control group. General indicators according to the questionnaire Reeder L., which indicate the presence of stress among patients of the main group were distributed as follows: in 1 patient (4%) with the achievement of the target level of blood pressure; with hypertension 1 and 2 grades - 5 patients (18%), respectively; with grade 3 hypertension - in 13 patients (46%).

Conclusion. As a result of this research a high level of anxiety prevalence (50%), depression (33%) and stress (86%) was revealed among patients with hypertension of elderly and senile age. Compared with the control group, anxiety occurred in patients with hypertension 20% more often, and the frequency of depression and stress recording was higher by 27%, respectively. The prevalence of anxiety, depression and stress in patients with hypertension is associated with the level of blood pressure: the higher the blood pressure level, the higher the degree of pathological changes in the psycho-emotional state of the patients.

Keywords: hypertension, anxiety-depressive syndrome, assessment, HADS scale.

УДК 616.9:618.164-002-08

МРНТИ 76.29.50, 76.29.48

А. ОРЫСБАЙ, Б.К. КАРИМСАКОВА, Н.А. АБЕНОВА, А.У. ИМАНБАЕВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ДО БЕРЕМЕННОСТИ

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

Научные руководители: Б.К. Каримсакова

В данной статье приведены результаты обследования повторно беременных, у которых в анамнезе один выкидыш. Исследование проводилось на базе ГП №6. Дизайн исследования – ретроспективное, открытое, контролируемое. Авторами было изучено 80 индивидуальных карт беременных, которые наблюдались по беременности в ГП №6. Получено информированное согласие на обработку данных, содержащих в индивидуальной карте беременных.

Материалы для исследования: индивидуальная карта беременных, результаты анализов отделяемого влагалища, цервикального канала, уретры. Использованы методы диагностики: культуральный, полимеразная цепная реакция, иммунно-ферментный анализ. Наблюдение беременности проводилось согласно клиническому протоколу. Статистическая обработка (описательная) данных проведена программой «Stat10 SPS25» Критерий исключения: возраст 18-40 лет, женщины с первичным и вторичным бесплодием, наличие экстрагенитальной патологии, срок беременности до 11 недель, в анамнезе более 1 выкидыша. Критерий включения: возраст 21-35 лет, срок беременности 12-42 недель, в анамнезе 1 выкидыш. Рандомизированы по возрасту, анамнезу, сроку беременности на 2 группы. Первая группа – 40 беременных в возрасте от 21-32 лет с одним выкидышем в анамнезе, которым не проводилось лечение урогенитальной инфекции до беременности. Вторая группа – 40 повторно беременных в возрасте 21-35 лет, которые в анамнезе имеют 1 самопроизвольный выкидыш, им проведено лечение урогенитальной инфекции до наступления беременности.

По результатам нашего исследования в первой группе, где не проводилось лечение урогенитальной инфекции до наступления беременности, чаще наблюдается замершая беременность, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, чем во второй группе, где проводилось лечение урогенитальной инфекции до беременности. Необходимо до беременности обследовать женщин на урогенитальную

инфекцию, особенно женщин имеющих в анамнезе замершую беременность, выкидыш, преждевременные роды. При выявлении урогенитальной инфекции вне беременности провести соответствующее лечение. Во время беременности при назначении лечения необходимо учитывать физиологические особенности.

Ключевые слова: беременность, урогенитальная инфекция, самопроизвольный выкидыш, замершая беременность, преждевременные роды.

Введение

С инфекционной патологией женских половых органов тесно связаны воспалительные заболевания гениталий, хронические тазовые боли, осложненное течение беременности, в т.ч. привычное невынашивание, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, задержка развития плода, внутриутробная инфекция плода и новорожденного [1]. Известно, что при беременности организм женщины предрасположен к инвазии патогенных микроорганизмов и последующему их развитию. Инфекционные заболевания, встречающиеся во время гестационного процесса, можно подразделить на инфекции передаваемые половым путем, воспалительные заболевания органов малого таза, инфекционные осложнения послеродового периода [2]. Наиболее частыми заболеваниями у беременных женщин являются инфекции мочевыводящих путей, а также нижних и верхних отделов генитального тракта. Различают воспалительные процессы неспецифической (вызванные стафилококками, стрептококками, кишечной и синегнойной палочками и др.) и специфической (обусловленные трихомонадами, гонококками, грибами, вирусами, микоплазмами, хламидиями) этиологии. Генитальные инфекции являются основными факторами риска преждевременного разрыва плодных оболочек, хориоамнионита и, соответственно, преждевременных родов, а также внутриутробного инфицирования плода. В связи с этим своевременная диагностика и проведение рациональной терапии данных заболеваний являются основными задачами в акушерской практике. Как известно, в норме полость амниона стерильна и проникновение патогенных микроорганизмов с инфицированием амниотической полости и плода возможно восходящим путем из нижних отделов половых путей, трансплацентарно (гематогенное заражение), а также при проведении инвазивно-диагностических манипуляций (амнио-, кордоцентез и др.), наиболее частым является восходящий путь инфицирования. Доказательством микробной инвазии является выделение из амниотической жидкости микроорганизмов. Такие патогены, как *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, group B *Streptococcus*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus*, достаточно часто ассоциируются с инфекционными заболеваниями во время беременности и в послеродовом периоде [3]. Во время беременности при инфекциях влагалища и цервикального канала нередко выявляются микроорганизмы с преимущественной внутриклеточной локализацией, такие как

Chlamydia trachomatis, *Mycoplasma* spp., *Ureaplasma urealyticum*, требующие проведения этиотропного лечения. Во время беременности при инфекциях влагалища и цервикального канала нередко выявляются микроорганизмы с преимущественной внутриклеточной локализацией, такие как *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* spp., *Ureaplasma urealyticum*, требующие проведения этиотропного лечения. По литературным данным, отмечается довольно частое бессимптомное носительство микоплазм в урогенитальном тракте и его связь с воспалительными заболеваниями половых органов и беременностью. Данные микроорганизмы представляют собой условно-патогенную микрофлору половых путей, и решение о необходимости антибактериальной терапии должен принимать врач в зависимости от клинической ситуации. *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* часто ассоциируются с неблагоприятными исходами беременности, однако эти бактерии могут являться представителями нормоценоза влагалища, и до сих пор существуют противоречивые мнения относительно их истинной роли во время беременности и необходимости проведения лечения. Инфицирование патогенными микоплазмами связывают с такими осложнениями гестационного процесса, как хориоамнионит, преждевременные роды, а также инфекционно-воспалительными заболеваниями недоношенных новорожденных [4]. По данным R. Сароссиа, только лишь колонизации *Mycoplasma* spp. и *U. urealyticum* у беременных недостаточно, чтобы вызвать серьезные проблемы во время беременности, а их комбинация с такими факторами, как бактериальный вагиноз или истмико-цервикальная недостаточность, может стать основной причиной преждевременных родов. Многочисленные исследования показали положительную связь колонизации *M.genitalium* нижних отделов половых путей у женщин с воспалительными заболеваниями малого таза и бесплодием, что является убедительным аргументом в пользу развития восходящего инфицирования данным микроорганизмом [5, 6]. У женщин репродуктивного возраста воспалительные заболевания органов малого таза наиболее часто встречаемая патология среди гинекологических заболеваний. Особенности клинического течения хронических воспалительных заболеваний оказывают негативное влияние на репродуктивную функцию женщины, течение беременности, исход родов и на здоровье новорожденных. Наличие нескольких партнеров, микс инфекции, прерывание беременности, внутриматочные манипуляции являются причинами развития воспалительных заболеваний. В возрастном

аспекте частота воспалительных заболеваний от 18-21 года встречается хламидийная и вирусная инфекция 66,6%, в возрасте 22-39 лет у каждой пятой-уреаплазма. Воспалительные заболевания являются одной из причин угрозы прерывания беременности и невынашивания. Частота данной патологии по литературным данным встречается от 10% до 40%. Наиболее частой причиной невынашивания беременности и внутриутробного инфицирования плода является урогенитальные инфекции. Частота внутриутробного инфицирования плода встречается от 6-53,6% среди недоношенных детей до 70%. В структуре перинатальной смертности удельный вес занимает от 2% до 65%. Изменение гормонального фона и иммунной системы во время беременности, активность инфекции оказывают неблагоприятное влияние на течение и исход беременности. Наступление беременности сопровождается изменением иммунной системы. Развивается иммунодефицит, который является угрозой прерывания и невынашивания беременности. Поэтому подверженность беременной женщины к инфекционным заболеваниям велика. Невынашивание беременности является медико-социальной и демографической проблемой. Частота преждевременных родов составляет 4-12%. Среди недоношенных детей мертворождение 75%, ранняя неонатальная смертность 60-70% и 65-75% младенческая смертность. Заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде при инфекции у матери в сочетании с недоношенностью колеблется в пределах 50-100%. Вместе с тем частота внутриутробной инфекции зависит от комплекса прогностических и лечебно-диагностических мер, эффективность которых остается весьма дискутабельной.

Цель исследования

Изучить эффективность лечения урогенитальной инфекции до беременности у женщин в анамнезе, имеющие 1 выкидыш, и исход беременности.

Методы

Исследование проводилось на базе ГП №6. Дизайн исследования – ретроспективное, открытое, контролируемое. Получено информированное согласие на обработку данных, содержащих в индивидуальной карте беременных. Нами изучено 80 индивидуальных карт беременных, которые наблюдались по беременности в ГП №6. Критерий исключения: возраст 18-40 лет, женщины с первичным и вторичным бесплодием, наличие экстрагенитальной патологии, срок беременности до 11 недель, в анамнезе более 1 выкидыша. Критерий включения: возраст 21-35 лет, срок беременности 12-42 недель, в анамнезе 1 выкидыш. Рандомизированы по возрасту, анамнезу, сроку беременности на 2 группы. Первая группа – 40 беременных в возрасте от 21-32 лет с одним выкидышем в анамнезе, которым не проводилось лечение урогенитальной инфекции до беременности. Вторая группа – 40 повторно беременных в возрасте 21-35 лет, которые в анамнезе имеют 1 самопроизвольный выкидыш,

которым проведено лечение урогенитальной инфекции до беременности. Использованы методы диагностики: культуральный, полимеразная цепная реакция, иммунно-ферментный анализ. Наблюдение беременности согласно клиническому протоколу. Статистическая обработка (описательная) данных проведена программой «Стат10 SPS25»

Результаты

Средний возраст беременных составил 22±6,4 года. Количество посещений в среднем составило в обеих группах 7±1,5. При обследовании выявлены урогенитальные инфекции хронической формы. По результатам данного исследования выявлено, что частота сочетанной урогенитальной инфекции среди беременных, включенных в исследование составила 75% и 25 % моноинфекция. Среди моноинфекции вирусная инфекция составляет 90% и хламидий 14,4%. Частота хламидий в первой группе – 32%, уреаплазма – 18,9%, микоплазма – 17%, вирусная инфекция – 90,2%. Во второй группе хламидий – 25,%, уреаплазма – 19,2%, микоплазма- 16,2%, вирусная инфекция 90%. Проведен анализ течения беременности и исхода беременности. В первой группе у первобеременных в 90% закончились родами. Из них срочными родами 68,2% и преждевременными 21,8%. В 10% – замершая беременность в сроке 7-8 недель. Угроза прерывания беременности у первобеременных наблюдалась в 52% до 7 недель беременности. Во второй группе у повторно беременных исход беременности в 17% закончился самопроизвольным выкидышем в сроке 11-12 и 15-16 недель беременности, замершая беременность в 8,2% случаев в сроке 7-8 недель беременности и угроза прерывания беременности наблюдалась в 32,8% случаев с 12 до 16 недель беременности и 75,6% закончились срочными родами. Во второй группе не было случая преждевременных родов.

Обсуждение результатов

По результатам нашего исследования частота вирусной инфекции выявлена у большинства женщин, хламидийная инфекция – у каждой трети. Наши результаты исследования совпадают с литературными данными. У здоровой небеременной женщины микрофлора влагалища содержит анаэробные аэробные микроорганизмы. По данным Е.Ф. Кира, в первом триместре беременности происходит изменение микрофлоры влагалища в сторону увеличения лактобацилл и бифидобактерий, что подтверждается наличием кандидоза во время беременности. Особенностью генитальных инфекции являются их ассоциации, которые подтверждаются при обследовании на урогенитальную инфекцию. По результатам нашего исследования выявлено, что частота сочетанной урогенитальной инфекции среди беременных, включенных в исследование составила 75% и 25% моноинфекция то есть сочетание несколько инфекции в нашем исследовании наблюдалась в 3 раза больше. Среди моноинфекции вирусная инфекция составляет 90% и хламидий 14,4%. Частота хламидий в первой

группе – 32%, уреоплазма – 18,9%, микоплазма 17%, вирусная инфекция 90,2%. Во второй группе хламидий 25,%, уреоплазма 19,2%, микоплазма – 16,2%, вирусная инфекция 90%. В обеих группах наблюдалось в 90% наличие вирусной инфекции, что подтверждается литературными данными. При проведении анализа течения и исхода беременности в первой и во второй группе. В второй группе, где проводилось лечение урогенитальной инфекции течение и исход беременности более благоприятный. Во второй группе не было случая преждевременных родов и угрозы прерывания беременности почти в 2 раза меньше. Случаи замершей беременности встречались в обеих группах до 7-8 недель беременности и во второй группе на почти на 2% меньше случаев замершей беременности. Частота угрозы прерывания беременности меньше почти на 22% во второй группе. При анализе исходов родов в первой группе исход родов были срочными и преждевременными родами и во второй группе закончились только срочными родами без единого случая преждевременных родов. Возможно данный результат нужно расценивать как результат проведенного лечения выявленной урогенитальной инфекции до беременности. Отечественными и зарубежными авторами неоднократно показано, что скрининг и терапия наиболее распространенных урогенитальных инфекций способствуют снижению акушерских и неонатальных осложнений, в т.ч. частоты преждевременных родов [3]. Нами проведен анализ частоты урогенитальной инфекции в сочетании в зависимости от возраста среди беременных. В возрасте 24-35 лет сочетание вирусной инфекции и хламидий в 49,8%. В возрасте от 20-24 лет сочетание вирусной инфекции и хламидий в 20% на 29% меньше встречается. Нужно отметить по результатам нашего исследования чаще встречается сочетание вирусной инфекции и хламидий. По результатам исследования сочетание несколько инфекций вирусная инфекция, хламидий, микоплазма встречалось в возрасте 20-31 лет в 64,2%, то есть вирусная инфекция наблюдается во всех возрастных группах.

Выводы

По результатам нашего исследования в первой группе, где не проводилось лечение урогенитальной инфекции до беременности, чаще наблюдается замершая беременность, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, чем во второй группе, где проводилось лечение урогенитальной инфекции до беременности. Необходимо до наступления беременности обследовать женщин на урогенитальную инфекцию, особенно женщин имеющих в анамнезе замершую беременность, выкидыш, преждевременные роды. При выявлении урогенитальной инфекции вне беременности провести соответствующее лечение. При наличии урогенитальной инфекции во время беременности при проведении лечения необходимо учитывать физиологические особенности во время беременности.

Список литературы:

1. Вестник новых медицинских технологии 2011;2(15):148–150.
2. Серов ВН. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов: методические материалы Москва 2003:66–67.
3. Балушкина АА. рациональная терапия урогенитальной инфекции у беременных РМЖ :1105
4. Дижевская ЕВ. Урогенитальные инфекции: современный взгляд Акушерство, гинекология и репродуктология 2011;(4):48–52
5. Kwak DW, Hwang HS, Kwon JY et al. Co-infection with vaginal *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* increases adverse pregnancy outcomes in patients with preterm labor or preterm premature rupture of membranes. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. Early Online.* 2013;18:1–5.
6. Каримсакова БК. Структура и частота урогенитальной инфекции при беременности. Батыс Казакстан медицина журналы 2016;1(49):42–45.

ТҮЙІН

А. ОРЫСБАЙ, Б.К. КАРИМСАКОВА,
Н.А. АБЕНОВА, А.У. ИМАНБАЕВА

ЖҮКТІЛККЕ ДЕЙІН УРОГЕНИТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
медициналық университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Бұл мақалада анамнезінде бір жүктіліктің үзілуі болған, қайта жүкті болушының зерттеу нәтижелері келтірілген. Зерттеу №6 қалалық емхана базасында

SUMMARY

A. ORYSBAI, B.K. KARIMSAKOVA, N.A. ABENOVA,
A.U. IMANBAYEVA

EFFICIENCY OF UROGENITAL INFECTION TREATMENT BEFORE PREGNANCY

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

This article presents the results of re-pregnant women survey, who have a history of one abortion. The study was conducted on the basis of City Polyclinic № 6.

жүргізілді. Ретроспективті ашық бақыланған зеттеу үлгісі. Біз №6 қалалық емханада жүктілік бойынша бақылауда жүрген 80 жүкті әйелдің жеке картасын зерттедік.

Жүкті әйелдердің жеке картасындағы деректерді өңдеу үшін ақпараттандырылған келісім алынды.

Зерттеуге арналған материалдар: жүкті әйелдердің жеке карточкасы, қынаптың, жатыр мойны каналының, уретраның бөліністерінің талдау нәтижелері. Диагностикалық әдістер қолданылды: культуральды, полимеразды тізбекті реакция, иммуноферменттік талдау. Клиникалық хаттамаға сәйкес жүктілікті бақылау. «Stat10 SPS25» бағдарламасы бойынша жүргізілетін деректерді статистикалық өңдеу (сипаттама). Зерттеуге енбейтін критерийі: 18-40 жас, біріншілік және екіншілік бедеулігі бар әйелдер, экстрагениталды патологияның болуы, анамнезінде бір жүктіліктің үзілуі болған 11 аптаға дейінгі жүктілік. Іріктеу критерилері: 21-35 жас, анамнезінде бір жүктіліктің үзілуі болған жасы 12-42 апталық жүктілік мерзімі. Жасы және анамнезі бойынша 2 топқа рандомизацияланған. Бірінші топ – жүктілікке дейін урогенитальды инфекциямен емделмеген 21-32 жастағы 40 жүкті әйелдер. Екінші топ – жүктілікке дейін урогенитальды инфекциямен емделген анамнезінде бір рет өздігімен жүктіліктің үзілуі болған 21-35 жастағы қайтара жүкті болушы 40 әйел. Зерттеу нәтижелері бойынша урогенитальды инфекцияның жүктілікке дейін емделмеген бірінші тобында жүктілікке дейін урогенитальды инфекцияны емделген екінші тобына қарағанда, жетілмеген жүктілік, жүктіліктің үзілу қаупі, ерте босану жағдайларының көп болуы байқалады. Жүктілікке дейін урогенитальды инфекцияға, әсіресе, жетілмеген жүктілік, жүктіліктің үзілу қаупі, ерте босану жағдайлары болған әйелдерді зерттеу керек. Егер урогенитальды инфекция жүктіліктен тыс анықталса, тиісті ем жүргізілуге тиіс. Жүктілік кезінде емдеуді тағайындауда физиологиялық ерекшеліктерді ескеру керек.

Негізгі сөздер: жүктілік, урогенитальды инфекция, өздігінен түсік тастау, жетілмеген жүктілік, ерте босану.

Purpose: to study the effectiveness of urogenital infections treatment before pregnancy in women with a history of having 1 miscarriage, and the outcome of pregnancy.

Materials and methods. Study design is retrospective open controlled. We studied 80 individual cards of pregnant women, which were observed for pregnancy in CP № 6. Informed consent has been obtained for the processing of data containing in the individual card of pregnant women. Materials for the study: an individual card of pregnant women, the results of analyzes of the discharge of the vagina, cervical canal, urethra. Diagnostic methods were used: culture, polymerase chain reaction, immuno-enzyme analysis. Observation of pregnancy was according to the clinical protocol. Statistical processing (descriptive) of data was carried out by the Stat10 SPS25 program. The exclusion criterion was 18–40 years old, women with primary and secondary infertility, the presence of extragenital pathology, gestational age up to 11 weeks, with more than 1 miscarriage history. Inclusion criteria: age 21-35 years old, gestational age 12-42 weeks, history of 1 miscarriage. History of pregnancy in 2 groups was randomized by age. The first group - 40 pregnant women aged 21-32 years old with one miscarriage in history (urogenital infection were not treated before pregnancy). The second group is 40 re-pregnant women at the age of 21-35 years old, which in history have 1 spontaneous miscarriage, which were treated for urogenital infection before pregnancy.

Results. According to the results of our study, in the first group, where urogenital infection was not treated before pregnancy, there are more cases of missed abortion, threatened abortion, premature birth than in the second group, where urogenital infection was treated before pregnancy. Before pregnancy, it is necessary to examine women for urogenital infection, especially women with a history of missed abortion, miscarriage, and premature labor. If urogenital infection is detected outside of pregnancy, appropriate treatment should be carried out. During pregnancy, the appointment of treatment must take into account the physiological characteristics during pregnancy.

Keywords: pregnancy, urogenital infection, miscarriage, miscarriage, premature birth

УДК 616.1-037:616-053.9

МРНТИ 76.29.29

D. PAY, ZH. NYSANOV, G. VEKLENKO, O. ALIEV, N. SEYTMAGANBETOVA

VASCULAR AGE AS A PROGNOSTIC FACTOR OF LIFE

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Scientific adviser: G. Veklenko

Purpose: to evaluate the vascular age as a prognostic factor of life.**Materials and methods.** On the basis of the emergency hospital in Aktobe, in the department of interventional cardiology, 100 patients were examined: men - 55 (55%), women - 45 (45%). The average age of patients was 65.54 ± 11.49 . During the examination, clinical, anamnestic, and laboratory data were assessed. The vascular age was established by the calculation method according to the "SCORE" scale. Statistical processing - descriptive statistics, regression analysis for dependent variables.**Results.** During the examination, patients were divided by age group into 4 groups: 1 group - 40-49 years (11 people), 2 group - 50-59 years (25 people), 3 group - 60-69 years (41 people), 4 group - over 70 years (23 people). When evaluating by vascular age, the resulting difference between the actual and calculated age was: in group 2 -55.6 and 60.9 years, in group 3 -63.4 and 71.1 years ($p < 0.001$). Regression analysis showed a statistically significant effect of arterial hypertension on the vascular age.**Conclusion:**

- the difference of biological and vascular age in the age groups of 50-59 years, and 60-69 years is statistically significant ($p < 0.001$) and ($p < 0.003$), respectively); артериальная гипертензия влияет на сосудистый возраст ($p < 0,001$).

Keywords: vascular age, biological age, aging, "SCORE" scale, cardiovascular risk, vascular aging, risk factor.**Introduction**

Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death worldwide, leading to 17.7 million deaths annually (WHO, 2015) [1].

According to WHO estimates, in the next decade cardiovascular diseases threaten to become the main cause of death in developing countries. At the same time, the CVD epidemic unfolds against the background of great success in their diagnosis and treatment.

One of the reasons for the significant increase in the number of heart attacks (MI), strokes (MI), cases of heart failure (HF) is considered to be the steady aging of the population. In the United States in 2030, every fifth resident will be > 65 years old, and by 2050 the number of this age group will be 88.5 million, with 38.7 million people in 2008 [2].

Asymptomatic diseases is a particular problem. In young people, they most often remain undiagnosed due to the high adaptive capacity of the body and the lack of complaints about health. As a consequence, symptoms of cardiovascular diseases appear in the later stages.

A modern integrated approach in medicine requires from a doctor not only the early detection of persons suffering from hypertension, but also the assessment of comorbidities, lifestyle features, the presence of bad habits in each particular patient, i.e. active identification of risk factors (RF). By definition, the WHO, RF - is any property or feature of a person or any impact on him, increasing the likelihood of developing a disease or injury. In addition to the 7 leading RF (hypertension, alcohol abuse, tobacco smoking, obesity, increased cholesterol levels, weakening of activity, insufficient consumption of vegetables and fruits) [3], large epidemiological studies are regularly con-

ducted, which result in new predictors of cardiovascular risk - an increase in total homocysteine, cystatin C, imbalance of apolipoproteins A1 and B, postprandial 1-hour hyperglycemia, etc.

The practical interest is the introduction into clinical medicine of various medical calculators - mathematical programs that allow to determine various indicators, in particular, the risk of both CVDs and CVCs, on the basis of qualitative and quantitative assessment. (FRAMINGEM, PROCAM, ASSIGN).

The Framingham Risk Scale is one of the first models for assessing the total risk of developing CVDs and their complications. The Framingham Risk Scale (FSR) was developed on the basis of the longest epidemiological study (Framingham Heart Study, 1948-1984) [4,5], performed in the American city of the same name. The study included 5209 men and women aged 30 to 62 years old. During the prospective observation, the epidemiology of cardiovascular risk factors and their role in the development of complications including fatal ones were studied. Thanks to the Framingham project, the main risk factors for the development of CVD, AH, stroke, sudden and cardiovascular mortality were identified, and the epidemiology of heart failure was studied. The Framingham scale predicts a 10-year risk of developing acute and chronic forms of CHD, intermittent claudication, stroke, heart failure in both men and women. The predicted total risk includes the following gradations: low (the risk of these complications is less than 10%), medium (risk is more than 10 and less than 20%), high (risk exceeds 20%). A value of more than 30% characterizes a very high cardiovascular risk. In the logistic regression used in the mathematical model (the following parameters are analyzed: age, gender, systolic blood pressure,

the effectiveness of antihypertensive therapy, the value of total cholesterol, high density lipoproteins, body mass index (in a simplified model), the presence of diabetes mellitus type 2. individual cardiovascular risk is determined in this age group, as well as the optimal risk of cardiovascular complications. Another important calculation parameter is a cardiac or vascular age that is recommended by the European Society for the Study of Hypertension during an initial examination (2013). The Framingham Risk Scale is most indicated in the initial diagnosis of CVD, such as GB and CHD in patients of young age (starting from 30 years old), evaluation of the presence of antihypertensive therapy.

The ASSIGN risk scale was proposed by Scottish scientists based on results from 1984 to 1995 in Dundee (UK) a prospective study on a representative volunteer cohort. Detailed results of the study were published in 2006, in 2007, the medical public was offered the appropriate calculator to calculate the 10-year risk. The model obtained includes the following signs: age, gender, systolic pressure level, smoking intensity, family history of cardiovascular complications, the presence of rheumatoid arthritis, total cholesterol and high-density lipoproteins in the subject. A feature of this scale is its applicability in the European population, taking into account family history of cardiovascular complications, as well as the assessment of the effect of concomitant rheumatoid arthritis. As well as the Framingham model, this algorithm is recommended for risk assessment in the primary diagnosis of cardiovascular diseases. An excess of 20% on the ASSIGN scale places patients in the high risk category.

The PROCAM risk scale was developed based on the results of a prospective study of the PROCAM (Prospective Cardiovascular Munster Study), launched in 1979 in Munster (Germany) [5]. The study included 14,799 men aged 40 to 65 years old and 6,507 postmenopausal women. The program allowed to determine the prevailing population-based risk factors for the development of coronary artery disease, to create an algorithm for assessing the risk of developing coronary heart disease (MI, sudden death) in the next 4-8 years, and also to develop recommendations for primary prevention of CVD. **Calculating** the total risk using both unmodifiable (sex, age, family history of MI), and advanced modifiable RF (smoking, systolic blood pressure, OH, TG, HDL, LDL). In a simplified model, instead of a lipidogram, the calculation can be carried out using anthropometric indicators - body weight and height. Low risk is less than 20%, high - more than 20%. The advantage of the scale is the expanded use of lipid profile and fasting glucose compared with similar algorithms.

A significant drawback of the PROCAM and ASSIGN scales in relation to the Russian population is the low awareness of the primary medical level.

The SCORE risk scale - the SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) model of cardiovascular risk was developed by experts of the European Society of Cardiology based on data from prospective studies conducted in 12 European countries, including Russia [3,4,5]. This

scale allows us to estimate the ten-year risk of cardiovascular mortality on the basis of such basic parameters as age, gender, smoking status, systolic blood pressure and total cholesterol. A more modern version of the scale involves taking into account high-density lipoprotein cholesterol for more accurate long-term prediction. The SCORE model is adapted for European countries with both high and relatively low levels of cardiovascular morbidity and mortality. It is optimal to use this scale for the long-term observation of patients with established CVD.

Special attention should be paid to the integral parameter - vascular or cardiac age, which was recently recommended by the European Society for the Study of AH to assess the risk of developing and progressing cardiovascular pathology. This indicator is closely related to the Framingham Scale of Cardiovascular Risk (FSCR), is simple to calculate, clear and applicable in routine medical practice in the primary diagnosis of hypertension.

The cardiovascular risk assessment is based on the biological age of the individual and classical risk factors. An additional criterion for quantitative assessment of the risk of cardiovascular complications (CVC) - heart or vascular age has been proposed by European Society of Hypertension in 2013. Vascular age is a method of expressing the risk of cardiovascular complications (CVC) as an age, respectively, it can be higher than chronological if the patient has modifiable risk factors [6]. The basis for increasing the vascular age is early vascular aging. A position on the necessity of calculating the patient's vascular age and discussing the results for better lipid and blood pressure control is included in the ESC Recommendations for CVD Prevention [7] and the Canadian Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia [8]. Thus, the motivation to "reduce your vascular age by several years, by quitting smoking, modifying nutrition, and permanent drug treatment may be more effective than the recommendation "to reduce your absolute risk by a few percent" [9,10,11]. Considering considerably CVD growth of vascular age determination (VA) as a result of aging is relevant at primary diagnosis and further outpatient - dynamic observation.

The purpose of the research: to evaluate the vascular age as a prognostic factor of life.

Objectives of the research:

1. To determine vascular age based on the SCORE scale;
2. To match the real and vascular age of the patients;
3. To determine the relationship between risk factors for cardiovascular complications and vascular age.

Materials and research methods. Research design is prospective. This study included 100 patients: 55 (55%) men, 45 (45%) women who were hospitalized in the department of interventional cardiology of the emergency hospital in Aktobe from September to December 2018. The average age of patients is 65.54 ± 11.49 years. The control group consisted of 30 people with normal blood pressure, lipid profile and non-smokers.

An individual registration card (IRC), consisting of

the following sections, was filled out for all of the subjects: passport data, main complaints, history of illness and life, blood pressure indicators and biochemical blood tests (cholesterol, triglycerides).

Office BP was measured according to recommendations of Russian Scientific Society of Cardiology (RSSC). All subjects underwent 24-hour blood pressure monitoring (ABPM) using Card (X) plore monitors (Meditech, Hungary). The average SBP and DBP per day, daily indices and variability of SBP and DBP were analyzed. The level of total cholesterol (CS) serum was determined. Considered the status of smoking.

Vascular age (VA) was determined according to the modified table SCORE [12,13,14,15]. For this, according to the table, the numerical value of VA was found according to the gender, age, cholesterol level, smoking status and office SBP.

Inclusion criteria were all hospitalized patients with hypertension and coronary heart disease in age from 40 to 65 years old and older. The study did not include patients with: diabetes mellitus in the stage of decompensation, acute cerebrovascular accident, chronic renal failure.

Statistical data processing: descriptive statistics, regression analysis for dependent variables, determines the influence of one or several independent variables on the dependent Wilcoxon variable was used to compare two related (paired) samples by the level of any quantitative trait measured on a continuous or ordinal scale. Statistically reliable indicators of $p < 0.05$.

Results of the research. Complaints, anamnesis of disease and life, objective examination data were analyzed. By age and sex, the subjects were divided into 4 groups: 1 group 40–49 years old (11 people), 2 group 50–59 years old (25 people), 3 group 60–69 years old (41 people), 4 group older than 70 years (23 people). The results are presented in table 1.

Table 1 - The distribution of patients by age and sex structure

| Age | Absolute | % | Male | | Female | |
|--------------|----------|-----|----------|----|----------|----|
| | | | Absolute | % | Absolute | % |
| 40-49 | 11 | 11 | 4 | 4 | 7 | 7 |
| 50-59 | 25 | 25 | 19 | 19 | 6 | 6 |
| 60-69 | 41 | 41 | 27 | 27 | 14 | 14 |
| 70 and older | 23 | 23 | 5 | 5 | 18 | 18 |
| Total | 100 | 100 | 55 | 55 | 45 | 45 |

Comparative analysis showed the prevalence of male patients aged 50 - 59 years - 25%, 60 -69 years - 41%, respectively. While among those studied over 70 years old, women prevailed - 18%.

The study included patients with clinical manifestations of cardiovascular diseases (IHD and AH). As can be seen from table 2, the combination of hypertension and coronary artery disease is more common in patients older than 60 years.

The calculation of vascular age in the study group

showed that the vascular age was above the biological one. Statistically significant difference between actual and calculated age was obtained in the age groups of 50–59 years ($p < 0.003$) and 60–69 years ($p < 0.001$). The results are shown in table 3.

Table 2 – Characteristics of patients by nosology

| Nosology Age | CAD, AH | CAD | AH | Total |
|--------------|---------|-----|----|-------|
| 40-49 | 2 | 6 | 3 | 11 |
| 50-59 | 13 | 6 | 6 | 25 |
| 60-69 | 34 | 4 | 3 | 41 |
| 70 and older | 20 | 3 | - | 23 |
| Total | 69 | 19 | 12 | 100 |

A comparative analysis in the control group revealed a statistically significant difference in biological and vascular age in the age group of 40–49 years old ($p < 0.0007$). The results are presented in table 4.

Table 3 – Biological and vascular age in the main group

| Age | Biological age | Vascular age | significant at the level $p < 0,05000$ |
|-------------------|----------------|--------------|--|
| 40-49 n-11 | 44.1 | 45 | 1,000000 |
| 50-59 n-25 | 55.6 | 60.9 | 0,003509 |
| 60-69 n-41 | 63.4 | 71.1 | 0,000001 |
| 70 and older n-23 | 76.6 | ≥ 76.6 | 0,479500 |
| Total n-100 | 65.5 | 68.7 | 0,000000 |

Table 4 - Biological and vascular age in the control group

| Age | Biological age | Vascular age | significant at the level $p < 0,05000$ |
|------------------|----------------|--------------|--|
| 40-49 n-9 | 45,27 | 41,18 | 0,007661 |
| 50-59 n-15 | 53,73 | 53,00 | 0,301700 |
| 60-69 n-4 | 63.55 | 61,25 | 0,133614 |
| 70 and older n-0 | - | - | - |
| Total n-30 | 51,93 | 49,8 | 0,001315 |

To assess the relationship of anamnestic, objective and laboratory-instrumental indices with vascular age, a correlation analysis was performed using the rank correlation coefficient r . The results indicate a significant statistically significant relationship between cholesterol levels, arterial hypertension, and vascular age $p < 0.0009$.

Discussion. In 2003, a group of experts from the European and other societies of cardiology presented Systematic Coronary Risk Evaluation developed on the basis of the results of European research. Scale options were proposed for countries with low and high mortality rates from CVD[16]. At the same time, it is indicated that the assessment of the total risk using the SCORE database can and should be adapted depending on national conditions, resources and priorities, since it takes into account the heterogeneity of cardiovascular morbidity and mortality in different European populations. The SCORE scale should be considered as a basis in which all necessary adaptive

changes can be made to take into account local socio-economic and health care conditions more fully. So, most recently published results of the comparison of two models of the Framingham (FRS) and the European SCORE scale [17] are forged. The authors presented data on the use of FRS and SCORE for predicting coronary complications in British men of age 40–59, depending on social status, and showed that in all social countries both scales gave an excess of risk. The peculiarity of this model is that the risk is expressed by calculating the absolute probability of the development of a fatal cardiovascular complication in the next 10 years. The priority clinical groups for physicians are patients with an established diagnosis of CVD and those at high risk of developing these diseases.

The main risk factors that form the total risk and affect the prognosis can be determined with relatively simple screening tests using conventional standard methods. Based on the results of the initial screening survey, it is possible to distinguish risk groups according to the absolute risk level (by multidimensional model) and the level of relative risk (in relation to the typical representative of this population group or in relation to any other reference group).

Age is a recognized risk factor for cardiovascular disease and mortality [18, 19, 20]. In 2015, Groenewegen conducted a systematic review of 39 articles on approaches to determining the vascular age and assessing its value as a prognostic factor and as a tool for communication with patients. In this review, in all articles, the vascular age exceeded the chronological age from 1 to 26.5 years [21, 22, 23].

A feature of the design of our study was the assessment of vascular age as a prognostic factor of life. The subjects in all groups were comparable in age, anamnestic and lipid parameters. The analysis showed that in the studied sample of smoking men were more than women. According to literary data, the Framingham study was the first to confirm that obesity contributes to the development of many important risk factors, such as elevated levels of cholesterol and lipoproteins, hypertension and diabetes mellitus (DM). In addition, this study proved that the risk of developing coronary artery disease depends on the number of cigarettes smoked per day, and the risk of myocardial infarction (MI), which indicates a link between smoking and coronary thrombosis.

In addition, from the point of view of the vascular age, the studied persons are over 50 years old, were on average 5 years “older” than their calendar age, which indicates a higher cardiovascular risk. As vascular aging progressed, the combination of CAD and AH was more common among patients older than 60 years. This fact was confirmed by the correlation of the level of cholesterol, hypertension and vascular age.

The calculation of vascular age in the control group in the age groups of 40–49 years, showed a statistically significant lack of development of atherogenic risk factors. The control group included non-smokers, with normal lipid metabolism and the absence of arterial hypertension. In this regard, it is difficult to differentiate among asymptom-

atic individuals of those who develop the disease and those who are not at risk, using risk factors as predictors in actual practice.

There are several large prospective studies dealing with the problem of CVD in young people in the world. This is the Framingham Heart Study, the Fels Longitudinal Study, the Bogalusa Heart Study, PDA Study, Amsterdam Study, Amsterdam Study, Amsterdam Health Study, Australian Study CDAH (Childhood Determinants of Adult Health Study), a Russian 22-year prospective study, as well as studies conducted in Lithuania, Spain, Hungary, and many small studies conducted in different countries.

In 2001, scientists from the United States analyzed the prognostic significance of the main risk factors of CVD development, such as age, total cholesterol levels, CAD, and smoking, in relation to CVD mortality in men aged 18–39 years [24]. The comparison group included men 40–59 years old. It turned out that all the main risk factors for the development of CVDs are significantly associated with death from CVD after 20 years of observation, both in the group of 18–39-year-olds and in the group of 40–59-year-old men. Adding the Cox predictive statistical model used by the authors, BMI, education level, ethnicity and small electrocardiographic features did not significantly improve the predictive ability of this model in relation to the 20-year risk of death from CVD. The ability to predict the risk of developing CVD in young people based on traditional risk factors, half of which are modifiable, opens up new perspectives in shaping a strategic approach to managing high-risk young people.

In another study, ARYA (Atherosclerosis Risk in Young Adults Study) [24], in which 750 young healthy volunteers participated, it was found that in addition to gender, age, BMI, independent predictors of an increase of thickness of the intima of the media of the carotid artery (TIM CA) are pulse blood pressure (PBP) and high density lipoprotein levels. The study also revealed a strong relationship between the total number of years and an increase in TIM. Relationship remained strong even after exclusion from the statistical model of gender and age, but became weaker after further exclusion of BMI. As in other studies, a direct correlation was observed between the TIM of a common CA and clustering of risk factors; 20-year risk of CVD.

The PDAY (Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth) study [24] proved that traditional risk factors for cardiovascular disease, such as gender, blood lipid composition, smoking, arterial hypertension (AH), obesity, and hyperglycemia correlate with pathological anatomical findings atherosclerotic plaques in the coronary arteries (CA) and abdominal aorta (AA) in young people aged 15–34 years. These data are confirmed in the Bogalusa Heart Study: young people had a positive association of atherosclerotic vascular changes with body mass index (BMI), systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), total cholesterol (TC), triglycerides (TG), low density lipoprotein (LDL) [25].

The connection of the main RF of development of CVD with atherosclerosis was also found in living young people who were subjected to non-invasive methods for studying

spacecraft [26]. All these findings and the rapid “rejuvenation” of diseases associated with atherosclerosis make us focus on the problem of the “critical” age of onset of CVD prevention. The effectiveness of the control of CVDs depends directly on how timely and accurately the DFs contributing to the occurrence of heart and vascular diseases will be determined, this risk is assessed, and how early prevention will begin.

Thus, high rates of vascular age have a clear relationship with risk factors for cardiovascular diseases, therefore, the definition of the indicator of vascular age is quite applicable to assess the prediction of the disease in everyday clinical practice.

Conclusion:

- the difference of biological and vascular age in the age groups of 50-59 years old, and 60-69 years old is statistically significant ($p < 0.001$) and ($p < 0.003$), respectively);
- arterial hypertension affects vascular age ($p < 0.001$).

References:

1. World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (2015)
2. Lim MA, Townsend RR. Arterial compliance in the elderly: its effect on blood pressure measurement and cardiovascular outcomes. *Clin Geriatr Med* 2009;25:191–205.
3. De Backer GG. Risk factors and prevention of cardiovascular disease: a review. *Dialogues in Cardiovascular Medicine* 2008;13(2):83–102
4. D’Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *Circulation* 2008;117(6):743–53.
5. Lopez-Gonzalez AA, Aguilo A, Frontera M, Bannasar-Veny M, Campos I, Vicente-Herrero T et al. Effectiveness of the Heart Age tool for improving modifiable cardiovascular risk factors in a Southern European population: a randomized trial. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22(3):389–96. DOI: 10.1177/2047487313518479
6. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315–81. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106
7. Anderson T, Gregoire J, Pearson G, Barry AR, Couture P, Dawes M et al. 2016 Canadian cardiovascular society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol* 2016;32(11):1263–1282. DOI:10.1016/j.cjca.2016.07.510
8. Карпов ЮА, Сорокин ЕВ. Влияние комбинированной гипотензивной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений и сосудистый возраст: результаты многоцентрового открытого исследования ADVANTAGE. *Атмосфера. Новости кардиологии* 2015;3:18–26.
9. Кобалава ЖД, Котовская ЮВ, Маркова МА, Алам А, Доронина АЮ. Сосудистое старение и артериальная гипертензия. *Артериальная гипертензия в XXI веке: достижения, проблемы, перспективы*. М.: Бионика Медиа, 2015:91–113.
10. Котовская ЮВ, Троицкая ЕА, Кобалава ЖД. Преждевременное старение сосудистого русла: роль артериальной ригидности и возможности медикаментозной терапии с использованием периндоприла А. *Consilium medicum* 2013;15(10):101–107.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315–81. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106
12. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. *Eur Heart J* 2010;31(19):2351–8. DOI:10.1093/eurheartj/ehq205
13. Троицкая ЕА, Вельмакин СВ, Кобалава ЖД. Концепция сосудистого возраста: новый инструмент оценки сердечно-сосудистого риска. *Артериальная гипертензия* 2017;23(2):160–171.
14. Карпов ЮА, Сорокин ЕВ. Оценка риска осложнений при артериальной гипертензии и сосудистый возраст. Новые инструменты для повышения качества лечения и улучшения взаимопонимания врача и больного. *Атмосфера. Новости кардиологии* 2015;2:18–24.
15. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Levy D. Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. *J. Am. Med. Assoc* 2005;294(4):466–472.
16. Najjar SS, Scuteri A, Lakatta EG. Arterial aging. Is it an immutable cardiovascular risk factor? *Hypertension* 2005;46(3):454–462.
17. De Backer GG. Risk factors and prevention of cardiovascular disease: a review. *Dialogues in Cardiovascular Medicine* 2008;13(2):83–102.
18. Fuchs FD, 2010 Prehypertension: the rationale for early drug therapy. *Cardiovasc Ther* 2010;28(6):339–343.
19. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the ESH and ESC *J Hypertens* 2007;25(6):1105–1187.
20. Stein JH, Fraizer MC, Aeschlimann SE. et al. Vascular age: integrating carotid intima-media thickness measurements with global coronary risk assessment. *Clin Cardiol* 2004;27(7): 388–392.
21. D’Agostino RB. Sr, Vasan RS., Pencina MJ. et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008;117(6):743–753.
22. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to

- calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. Eur Heart J 2010;31(19):2351–2358.
23. Драпкина ОМ, Фадеева МВ. Сосудистый возраст как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертензия 2014;(4):224–231.
24. Литовский ИА, Гордиенко АВ, Смирнов АА. Гипертоническая болезнь и атеросклероз: вопросы патогенеза, диагностики и лечения. СПб; 2012.
25. Белялов ФИ. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и хроническая почечная недостаточность. Кардиология 2005;7:92–96.
26. Guo X, Zou L, Zhang X. et al. Prehypertension: a meta-analysis of the epidemiology, risk factors, and predictors of progression. Tex. Heart. Inst. J. 2011;38(6):643–652.
27. Маковеева ОВ, Гордиенко АВ, Дыдышко ВТ и соавт. Стратификация кардиоваскулярного риска у лиц молодого возраста, страдающих эссенциальной гипертензией. Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2014;(4):58–61.
28. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E. et al. The task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and the European society of cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2013;(31):1281–1357.

ТҮЙІН

Д.И. ПАЙ, Ж. НЫСАНОВ, Г.В. ВЕКЛЕНКО, О.М. АЛИЕВ, Н.А. СЕЙТМАГАНБЕТОВА

ӨМІРДІҢ БОЛЖАМДЫҚ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕГІ ТАМЫРЛЫҚ ЖАС

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеудің мақсаты: тамырлық жасты өмірдің болжамдық факторы ретінде бағалау.

Зерттеудің материалы мен әдістері. Ақтөбе қаласындағы ЖМКА базасының интервенциялық кардиология бөлімшесінде 100 науқас тексерістен өтті, олардың құрамы бойынша: ер адамдар – 56 (56%), әйел адамдар 44 (44%). Науқастардың орташа жасы – 65,54±11,49. Тексеріс барысында клиникалық, анамнездік, лабораториялық мәліметтер бағаланды. Тамырлық жас «SCORE» шкаласы бойынша анықталды. Статистикалық өңдеу – сипаттау статистикасы, тәуелді ауыспаларға арналған регрессиялы анализ.

Зерттеу нәтижелері: Зерттеу барысында науқастар жас категориясы бойынша 4 топқа бөлінді: 1 топ – 40-49 жас (11 адам), 2 топ – 50-59 жас (25 адам), 3 топ – 60-69 жас (41 адам), 4 топ – 70 жастан жоғары (234 адам). Тамырлық жасты есептеу әдісімен бағалау кезінде есептелген жас пен шынайы жастың арасындағы айырмашылық: 2 топта – 55,6 және 60,9 жас, 3 топта – 63,4 және 71,1 жас ($p < 0,001$). Артериалды гипертензияның тамырлық жасқа әсерін статистикалық сенімділіктен регрессиялы анализ көрсетті.

Қорытынды:

- 50-59 жас және 60-69 жастағы науқастарда биологиялық және тамырлық жасы арасында статистикалық сенімділік анықталды (сәйкес ($p < 0,001$) және ($p < 0,003$));

- артериялық гипертензия және холестерин деңгейі тамыр жасына әсер етеді ($p < 0,001$);

Негізгі сөздер: тамырлық жас, биологиялық жас, қауіп факторы, «SCORE» шкаласы, жүрек қан тамырлық қауіп, тамырлық қартаю.

РЕЗЮМЕ

Д.И. ПАЙ, Ж. НЫСАНОВ, Г.В. ВЕКЛЕНКО, О.М. АЛИЕВ, Н.А. СЕЙТМАГАНБЕТОВА

СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЖИЗНИ

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

Цель исследования: оценить сосудистый возраст как прогностический фактор жизни.

Материалы и методы исследования. На базе БСМП г. Ақтөбе в отделении интервенционной кардиологии обследовано 100 пациентов: мужчин – 55 (55%), женщин – 45 (45%). Средний возраст пациентов составил 65,54±11,49 лет. В ходе осмотра оценивали клинические, анамнестические и лабораторные данные. Сосудистый возраст устанавливался расчетным способом по шкале «SCORE». Статистическая обработка – описательная статистика, регрессионный анализ для зависимых переменных.

Результаты исследования. При обследовании пациенты распределились по возрастной категории на 4 группы: 1 группа – 40-49 лет (11 человек); 2 группа – 50-59 лет (25 человек); 3 группа – 60-69 лет (41 человек); 4 группа – старше 70 лет (23 человек). При оценке расчетным методом сосудистого возраста, полученная разница между фактическим и рассчитанным возрастом составила: во 2 группе – 55,6 и 60,9 лет, в 3 группе – 63,4 и 71,1 лет ($p < 0,001$). Регрессионный анализ показал статистически достоверное влияние артериальной гипертензии на сосудистый возраст.

Выводы:

- разница биологического и сосудистого возраста в возрастных группах 50-59 лет, и 60-69 лет статистически достоверна ($p < 0,001$) и ($p < 0,003$) соответственно);

- артериальная гипертензия влияет на сосудистый возраст ($p < 0,001$).

Ключевые слова: сосудистый возраст, биологический возраст, старение, шкала «SCORE», сердечно-сосудистый риск, сосудистое старение.

УДК 613.86:378

МРНТИ 76.33.29, 14.35.07

Ж.М. САХИЕВА, К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

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

Научный руководитель: К.Т. Жолбасканова

Цель исследования. Выявление связи между уровнем образования и показателями здоровья населения.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 1267 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет. Из них 582 (46%) мужчины и 685 женщин (54%). Высшее образование получили 198 мужчин (15,6%) и 214 (16,8%) женщин (первая группа). Среднее и начальное образование получили: 84 (30,3%) мужчины и 471 (37,1%) женщин (вторая группа).

Результаты исследования. Социально значимые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь среди мужчин и женщин с высшим образованием наблюдалось у 27 (6,5 %) и 52 (12,6%) соответственно. Среди пациентов со средним и начальным образованием эти заболевания встречались у 86 (10%) мужчин и у 133(15,6%) женщины. Имели повышенное питание и ожирение 56 (13,6 %) мужчин и 87 (21,1 %) женщин из первой группы, 165 (19,2%) мужчин и 213 (24,9%) женщин из второй группы. Курили сигареты 111 (26,9%) мужчин из первой группы, 277 (32,4%) из второй группы. Данные результаты согласуются с результатами других исследований, показавших, что меньше болеют в течение своей жизни люди с высшим профессиональным образованием. По мере того как образовательная планка понижается, число заболеваний увеличивается. Образованные люди тщательнее следят за своим здоровьем, стремятся вести здоровый образ жизни. Существует явная взаимосвязь между уровнем интеллекта и состоянием здоровья человека. Чем более человек образован, тем реже он болеет в течение жизни. Причина не только в том, что образованность определяет поведение человека, но и сама по себе является фактором, повышающим продолжительность жизни.

Заключение. Таким образом, высокая образованность положительно влияет как на качество жизни, так и на ее продолжительность. Образованность обратно пропорциональна заболеваемости.

Ключевые слова: уровень образования, качество жизни, заболеваемость, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь.

Введение

Роль образования в жизни человека невозможно переоценить. Процесс обучения, получения новых знаний, навыков, жизненного опыта является неотъемлемой частью успешного человеческого существования. Нравится нам это или нет, образование проходит как красная нить через всю нашу жизнь, влияет на формирование и развитие личности, социализацию, качество и уровень жизни и даже на ее продолжительность.

Образование помогает человеку социализироваться в обществе, понимать его пути и законы, учиться налаживать контакты с другими людьми. Полученные знания, как теоретические, так и практические, способствуют успешному развитию личности.

Понятия «качество образования» и «качество жизни» прямо пропорциональны друг другу: если качество образования улучшится, показатели в других областях также возрастут [1, 2]. Только так мы можем достичь принципиально иного отношения человека к своей карьере и жизни, потому что на протяжении всего существования человечество пыталось улучшить его качество. Это было достигнуто за счет индустриализации общества, улучшения условий жизни и труда человека, предоставления различных прав и свобод [3, 4]. Однако, как показала история, эти

меры оказались безуспешными. Дело в том, что это понятие «качество жизни» часто путают с понятием «уровень жизни». Предоставляя человеку более высокооплачиваемую работу или перемещая его из деревни в город, повышается только его уровень жизни, но не качество. Понятие «качество жизни» включает в себя два аспекта: уровень жизни (материальные блага) и уровень духовного развития человека (нематериальные блага) [5]. Удовлетворяя потребности человека в жилье, предоставляя ему медицинские услуги, повышая заработную плату, мы улучшаем только его уровень жизни. Чтобы улучшить качество, необходимо диверсифицировать и дать возможность удовлетворять также духовные потребности человека [6, 7]. Следует также отметить, что образование также влияет на продолжительность жизни. Ученые из Совета по медицинским исследованиям (Medical Research Council) показали, что уровень смертности среди людей с высоким уровнем образования в четыре раза ниже, чем среди малообразованных людей [8]. Влияние уровня IQ на здоровье и долголетие человека было установлено экспериментально. Это довольно легко объяснить: образованные люди лучше понимают, как поддерживать свое здоровье, и поэтому правильно питаются, лучше следят за своим здоровьем, получают лучшую медицинскую помощь.

Цель исследования

Определить взаимосвязь между уровнем образования и показателями здоровья населения.

Методы

В нашем исследовании приняли участие 1267 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет. Из них 582 (45,9%) мужчины и 685 (54%) женщины. Высшее образование получили 198 (15,6%) мужчин и 214 (16,8%) женщин (первая группа). Среднее и начальное образование получили 384 (30,3%) мужчин и 471 (37,1%) женщин (вторая группа).

Результаты

Социально значимые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца и гипертония, у мужчин и женщин с высшим образованием наблюдались у 27 (6,5%) и 52 (12,6%) соответственно. Среди пациентов со средним и начальным образованием эти заболевания были обнаружены у 86 (10%) мужчин и у 133 (15,6%) женщин. 56 (13,6%) мужчин и 87 (21,1%) женщин из первой группы, 165 (19,2%) мужчин и 213 (24,9%) женщин из второй группы имели повышенное питание и ожирение. 111 (26,9%) мужчин из первой группы курили сигареты, из второй группы – 277 (32,4%) (рис.1).

Существует четкая связь между уровнем интеллекта и здоровьем человека. Чем более образован человек, тем реже он болеет в течение жизни. Причина заключается не только в том, что образование определяет поведение человека, но и сам по себе является фактором, который увеличивает продолжительность жизни.

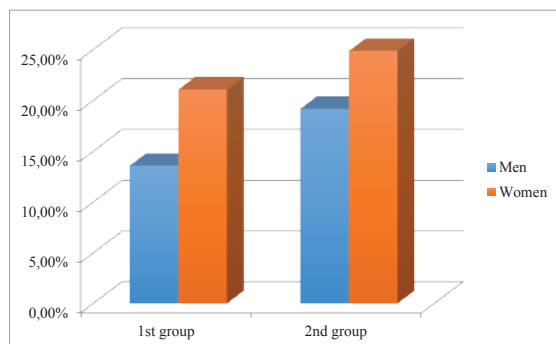


Рисунок 1. Частота встречаемости социально значимых заболеваний (%)

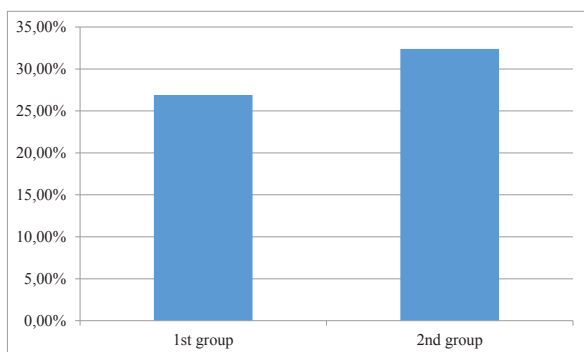


Рисунок 2. Частота употребления табака среди мужчин (%)

Таким образом, образованные люди, как правило, принимают более осознанные и рациональные решения относительно своего будущего, поведения и образа жизни, они с большей вероятностью получают престижную должность и зарабатывают хорошие деньги. Кроме того, эти люди способны более эффективно справляться с такими распространенными сегодня проблемами, как стресс и депрессия. Несомненно, все это укрепляет психологическое здоровье человека, а значит, влияет на его физическое состояние. В то же время люди, которые не имеют образования и живут плохо, в большей степени подвержены вредным привычкам, меньше занимаются спортом и меньше заботятся о своем здоровье (рис.2). Согласно многим исследованиям, условия жизни в низших слоях общества в конечном итоге начинают негативно влиять на человека, усугублять его проблемы со здоровьем и ускорять процесс старения на клеточном уровне [9]. Таким образом, получается, что наличие или отсутствие высшего образования существенно влияет на различные сферы жизни человека, в том числе на его здоровье.

В результате все это накладывает отпечаток на процесс старения и либо ускоряет, либо замедляет его. Конечно, это не означает, что все люди с высшим образованием более здоровы, чем те, кто не имеет образования. Тем не менее, исследование еще раз подтверждает, что получение образования, саморазвитие и работа над собой – это верный путь для тех, кто хочет многого добиться в жизни, реализовать свои амбиции, сохраняя при этом здоровье и энтузиазм.

Список литературы:

1. Спиридонов СП. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования. Вопросы современной науки и практики. Университет Вернадского. 2010;10-12(31):208–223.
2. Eide RE, Showalter MH. Estimating the relation between health and education: what do we know and what do we need to know? Econ Educ Rev 2011;30(5):778–791
3. Ефимова ИА. Повышение качества высшего образования в Российской Федерации. Креативная экономика 2011;1(5):(183):151–154.
4. Человеческое и социальное развитие: сб. докл. Под ред. В.П. Колесова, А.А. Тихомирова; сост. А. А. Саградов. М.: Экон. фак-т МГУ, ТЕИС, 2013;32:45–155.
5. Currie J. Healthy, wealthy, and wise: socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. J Econ Lit 2009;47:87–122.
6. Пойзнер БН, Соснин ЭА. Экспертиза образовательной системы как стимул метасистемного перехода в ней. Экспертиза инновационных процессов в образовании. Подходы к проблеме экспертизы в образовании. Кн. Под ред. Г.Н. Прокументовой, С.Г. Баронене. Томск, 2013;38(2):33–46.
7. Kulkarni SC, Levin-Rector A, Ezzati M, et al. Falling

- behind: life expectancy in U.S. counties from 2000 to 2007 in an international context. *Popul Health Metr* 2011;9(1):1–94.
8. Kawachi I, Takao S, Subramanian SV (Eds). *Global perspectives on social capital and health*. New York: Springer; 2013;6(4):222–8.
9. Schiller JS, Lucas JW, Peregoy JA. Сводная статистика здравоохранения для взрослых в США: Национальное обследование интервью о здоровье, 2011. *Vital Health Stat* 2012;10(256):200–204.

ТҮЙІН

Ж.М. САХИЕВА, К.Т. ЖОЛБАСКАНОВА

БІЛІМ ДЕҢГЕЙІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӘСЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеу мақсаты. Білім деңгейі мен тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері арасындағы байланысты анықтау.

Зерттеу әдістері. Зерттеу жұмысына 40 пен 70 жас аралығындағы 1267 пациент қатысты. Соның ішінде 582 (45,9 %) – ер адамдар, 685(54 %) – әйел адамдар. Жоғары білім алғандар 198 (15,6 %) – ер адамдар, 214 (16,8 %) – әйел адамдар (бірінші топ). Орта және бастапқы білім алғандар 384(30,3%) – ер адамдар және 471 (37,1 %) – әйел адамдар (екінші топ).

Зерттеу нәтижелері. Зерттеу барысында жүректің ишемиялық ауруы, гипертониялық ауру сияқты әлеуметтік маңызы бар аурулар жоғары білімі бар ер адамдар мен әйел адамдар арасында 27(6,5 %) және 52(12,6 %) сәйкесінше анықталған. Орта және бастапқы білім алған пациенттер арасында бұл аурулар ер адамдарда 86 (10%), әйел адамдарда 133(15,6%) анықталған. Бірінші топта артық тамақтану мен семіздік 56 (13,6%) ер адамдарда және әйел адамдарда 87 (21,1%) кездесті. Ал екінші топта 165 (19,2%) ер адамдарда және 213 (24,9%) әйел адамдарда кездесті. Бірінші топта 111 (26,9%) ер адам темекі шеккен, ал екінші топта бұл көрсеткіш 277 (32,4%) көрсетті. Бұл зерттеу қорытындылары жоғары мамандандырылған білімі бар адамдар өмір бойы азырақ ауыратындығын көрсеткен басқа да зерттеу жұмыстарымен келісіледі. Білім деңгейі төмендеген сайын, ауру саны көбейе береді. Жоғары білімі бар адамдар өз денсаулықтарын мұқият бақылайды, салауатты өмір салтын ұстануға тырысады. Интеллект деңгейі денсаулық жағдайына тікелей байланысты. Адам қаншалықты білімді болса, соншалықты өмір бойына сирегірек ауырады. Оның себебі тек білімділіктің адамның мінез-құлығын анықтайтындықтан емес. Білімділік адамның өмір жасын ұзартушы фактор болып табылады.

Қорытынды. Осылайша, зерттеу нәтижелері жоғары білімділік өмір сапасына ғана емес, оның ұзақтығына да оң мәнін беретіндігі анықталды. Білімділік – аурушаңдыққа кері пропорционал.

Негізгі сөздер: білім деңгейі, өмір сапасы, аурушаңдық, жүректің ишемиялық ауруы, гипертония ауруы.

SUMMARY

ZH.M. SAKHIYEVA, K.T. ZHOLBASKANOVA

THE IMPACT OF EDUCATION ON HEALTH INDICATORS

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to identify the relationship between educational attainment and population health indicators.

Materials and methods. Our study involved 1267 patients aged 40 to 70 years. Of these, 582 (45.9%) men and 685 (54%) are women. 198 people (15.6%), 214 (16.8%) women (first group) received higher education. 384 (30.3%) men and 471 (37.1%) women (second group) received middle and primary education.

Results. Socially significant diseases such as coronary heart disease and hypertension among men and women with higher education were observed in 27 (6,5%) and 52 (12,6%), respectively. Among patients with secondary and primary education, these diseases were found in men 86 (10%), in women 133 (15,6%). 56 (13,6%) men and 87 (21,1%) women from the first group, 165 (19,2%) men and 213 (24,9%) women from the second group had increased nutrition and obesity. 111 (26,9%) men from the first group smoked cigarettes, 277 (32,4%) from the second group. There is a clear relationship between the level of intelligence and human health. The more educated a person is, the less often he gets sick during his life.

Conclusion. Thus, high education has a positive effect on both the quality of life and its duration. Education is inversely proportional to morbidity.

Keywords: the level of education, quality of life, morbidity, coronary heart disease, hypertension.

У. СОНГ

АСТАНИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ И СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия
Научный руководитель: Н.Н. Бримкулов

«Первичная медико-санитарная помощь находится в кризисе!» – закричала Ланцетная комиссия по инвестициям здравоохранения. Несмотря на то, что 80-90% потребностей людей всего мира в области здравоохранения на протяжении всей их жизни могут быть обеспечены в рамках ПМСП, семейная медицина недостаточно развита во многих странах. По исследованиям ВОЗ, половина населения мира не имеет доступа к наиболее важным медицинским услугам – начиная от охраны материнства и профилактики инфекционных заболеваний путем вакцинации до лечения хронических заболеваний и паллиативной помощи. Но в любом случае, ПМСП и в настоящее время является спасательным кругом глобального здравоохранения. 25-26 октября 2018 г. совместно с правительством Казахстана, ВОЗ и ЮНИСЕФ была организована Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи, где была принята Астанинская декларация. В этой статье мы рассмотрим глобальную проблему ПМСП, основываясь на данной декларации глазами студента медицинского института.

Ключевые слова: Астана, декларация, ПМСП, всеобщий охват, здравоохранение, семейная медицина.

Первичная медико-санитарная помощь – это жизнь в условиях, которые способствуют укреплению вашего здоровья.

Астанинская декларация, почему она нам необходима?

40 лет тому назад, в разгаре холодной войны, 2 миллиарда человек не имели доступа к адекватной медицинской помощи. В мире существовало неравенство оказываемой ПМСП между богатыми и бедными странами, а также между богатыми и бедными группами населения внутри стран. И в 1978 г. состоялась международная конференция по ПМСП, организованная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и проходившая в Алма-Ате, Казахстан, СССР. Как отмечается в хронике, это беспрецедентное собрание 3000 делегатов из 134 стран и 67 неправительственных организаций предвещало разрыв с преобладающим подходом международного здравоохранения, основанным на принципах нисходящего и узкого технического подхода к ликвидации болезней подписанием Алма-Атинской Декларации с амбициозной целью достижения «Здоровье для всех». Ее идея заключалась в том, что неадекватное и неравное медицинское обслуживание недопустимо в экономическом, социальном и политическом плане. Но, к сожалению, спустя некоторое время это видение не было реализовано. Проблемы приоритетности системы здравоохранения, охват медицинской обеспеченностью населения, проживающих в разных уголках земного шара, страдают также как и раньше.

Таким образом, в 2108 год, в юбилейный год Алма-Атинской декларации была принята Астанинская декларация.

Астанинская декларация. Что это такое?

Астанинская декларация – это декларация по

первичной медико-санитарной помощи, подписанная 25 октября 2018 года в рамках Глобальной конференции по первой медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития, приуроченной к 40летию Алма-Атинской декларации 1978 г.

Конференция проходила 25-26 октября 2018 года в г. Астана, Республика Казахстан, где 1200 руководителей (главы государств, министры здравоохранения, финансов, образования и социального обеспечения; неправительственные организации; ученые; врачи; и молодежные лидеры) 146 стран и представители ВОЗ и ЮНИСЕФ встретились, и поддержали Астанинскую декларацию [1].

На фоне переоценки преимуществ усилий по излечению отдельных заболеваний, а не профилактике и укреплению здоровья, Астанинская декларация является мощным стимулом системам здравоохранения для того, чтобы заново противостоять существующим вызовам и преодолеть барьеры на пути проектирования, разработки и реализации ПМСП.

На предыдущей Алма-Атинской декларации отмечались такие последствия, как отсутствие постоянной политической приверженности и участия сообщества, неадекватное финансирование, неоптимальное использование стратегий, основанные на фактических и локальных данных прямых приоритетов, отсутствие оценки прогресса и обеспечение качества и безопасности, что привело к ограничению доступа к необходимому медицинской помощи и к отсутствию внимания на потребности в отношении здоровья. Таким образом, для того чтобы усилить приверженность и доводить до максимума шансы на успех, в Астанинской декларации рассмотрены нынешние политические, социально-экономические системы и системы здравоохранения. В

ней отражены проблемы, которые угрожают усилиям стран по достижению устойчивого развития: старение населения, нездоровая среда и образ жизни, эпидемии, чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, изменение климата, а также миграция и внутреннее перемещение из-за бедности, экологических катастроф, насилия и войны [2].

Астанинская декларация определяет современную концепцию ПМСП, пропагандирующую ее, как главную ценность развития здравоохранения во всем мире. В целом, этот документ предлагает подход, который будет обеспечивать здоровый образ жизни и способствовать благополучию для всех в любом возрасте. (Концепция «универсальное покрытие здоровья». Всеобщее здравоохранение заключается в том, чтобы каждый человек имел доступ к качественной медицинской помощи, независимо от времени, места и финансового благополучия).

Приоритет системы здравоохранения

Всеобщий охват услугами здравоохранения. «Всеобщий» – это значит, что системы здравоохранения должны быть ориентированы на людей, а не на болезни.

Здоровье – это основное право человека. Все люди во всех странах имеют фундаментальное право на здоровье.

В мире увеличивается численность пожилого населения. Прогнозируется, что к 2050 году численность населения старше 60 лет увеличится почти втрое во всем мире. А по мере старения населения частота полиморбидности будет возрастать в геометрической прогрессии. Полиморбидность ставит сложные задачи перед всеми системами здравоохранения. Она связана с более частым и длительным использованием медицинских услуг, ухудшением самооценки состояния здоровья, депрессией и снижением функциональных возможностей. Роль ПМСП при полиморбидности очень важна и именно она может справиться с данной проблемой. Эффективные вмешательства, разработанные для управления полиморбидностью, которые требуют преемственности, сосредоточенности на пациенте и координации помощи, основаны на фундаментальных принципах оказания первичной медицинской помощи. Хотя борьба с полиморбидностью всегда была ключевым аспектом первичной медицинской помощи, сейчас, как никогда, это необходимо подчеркнуть, поскольку хорошо обеспеченный сектор врачей общей практики будет наилучшим образом оснащен для смягчения негативных экономических последствий растущей полиморбидности [3].

Ориентация здравоохранения важна для устойчивости предстоящих реформ здравоохранения. В условиях растущего бремени инфекционных и неинфекционных заболеваний и мультиморбидности, устойчивая система здравоохранения должна уделять приоритетное внимание профилактике и лечению заболеваний. Возможно, самым большим заблуждением советов Алма-Атинской декларации был гораздо больший интерес к технологической

прогрессии. Каждая страна пыталась все больше показать, что их мастерство лучше чем в нежеланных других странах, и со временем технологический прогресс стал главным приоритетом и считалось более важным, чем демонстрация достижений в других аспектах социального благополучия (таких как пенсия, жилье, санитария, школы, охрана здоровья матери и ребенка), которую ранее советы воспринимали как должное. Но здоровье также остается одним из основных прав каждого человека и каждой страны. И за соблюдение этого права несут ответственность правительства. Концепция Астанинской декларации состоит в том, чтобы изменить наше отношение к здоровью и отойти от больниц, специалистов и болезней, а также к осознанию того, что здоровье – это не только болезни и услуги, но и социальные, экономические и факторы окружающей среды, которые влияют на здоровье людей и населения [4].

Дальнейший результат Астанинской декларации зависит от установки ПМСП на место водителя. Идея в том, что система здравоохранения улучшит показатели здоровья населения, если будут поддерживать ПМСП. В будущем крайне важно иметь сильное глобальное и местное руководство и политическую волю для воплощения в жизнь концепции ПМСП Декларации Астаны в полных планах и проектах, применимых к конкретному контексту каждой страны на основе наилучших имеющихся фактических данных.

Итак, в V разделе нынешней Декларации говорится о выстраивании устойчивой первичной медико-санитарной помощи. При котором ПМСП будет организована в соответствии с национальными законами, условиями и приоритетами. Лидеры государства будут укреплять системы здравоохранения посредством инвестиций в ПМСП, расширять потенциал и инфраструктуру, необходимые для ПМСП, которая представляет собой точку первого контакта со службами здравоохранения, придавая при этом приоритетное значение важнейшим функциям в сфере общественного здравоохранения. Приоритетное значение будет придаваться профилактике заболеваний и укреплению здоровья и со стремлением к удовлетворению медико-санитарных потребностей всех людей на всем протяжении их жизни посредством организации комплексного оказания услуг по профилактике, укреплению здоровья, лечению, реабилитации и паллиативной помощи. В рамках ПМСП будет обеспечено предоставление широкого спектра услуг и видов помощи, включая, но не ограничиваясь перечисленным, вакцинацию, скрининг, профилактику, контроль и ведение неинфекционных и инфекционных заболеваний; помощь и услуги, направленные на укрепление, сохранение и улучшение здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и психического, сексуального и репродуктивного здоровья. ПМСП также будет доступной, равноправной, безопасной, качественной, всеобъемлющей, эффективной, приемлемой, имеющейся в наличии и доступной по стоимости, позволяющей обеспечить непрерывное

оказание комплексных услуг, ориентированных на потребности людей, с учетом гендерных различий. Орган здравоохранения будет стремиться избегать фрагментации и обеспечивать наличие функциональной системы направления пациентов между первичным звеном и другими уровнями оказания помощи [5].

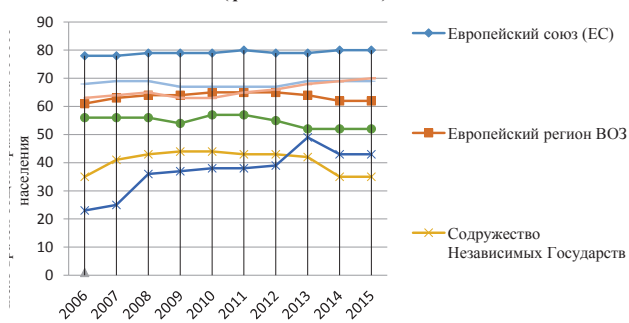
К пути всеобщего охвата услугами здравоохранения

Семейная медицина, которая предоставляет ПМСП населению, недостаточно финансируется и сталкивается с серьезной проблемой набора и удержания рабочей силы.

Первичная медико-санитарная помощь основана на трех основных принципах: расширение прав и возможностей общин, многосекторальная политика и действия, а также комплексное предоставление качественной первичной медико-санитарной помощи и услуг общественного здравоохранения [6].

Основным препятствием на пути к созданию прочного наследия Астаны является нехватка финансирования и дефицит семейных врачей. Важно отметить, что Алма-Атинская декларация выступала за вовлечение государства в ПМСП без явного выражения необходимости поддержки финансируемой и предоставляемой государством помощи. Также не отмечалась роль других секторов в достижении улучшения состояния ПМСП.

Рисунок. Число врачей общей практики на 100000 (физические лица) населения



Трудовые ресурсы здравоохранения являются ключевым фактором производительности и устойчивости систем здравоохранения, что касается и ПМСП. Всемирная организация семейных врачей (WONCA) активировала усилия по подготовке врачей в развивающихся странах, но за последние 40 лет было недостаточно инвестиций в системе первичного медико-санитарного персонала. Дефицит врачей общей практики наблюдается во всех странах мира, включая и европейские страны, в их сельской местности. На рисунке изображено число врачей общей практики на 100000 населения в разных регионах земного шара по данным ВОЗ, где мы видим отчетливую нехватку семейных врачей в странах Юго-Восточной и Центральной Азии [7].

Для решения этой проблемы были предложены некоторые подходы. По словам комиссии Ланцета межпрофессиональные команды, ориентирующиеся на потребности пациента, являются одним из важных

способов внедрения инноваций. Команды, в которых медсестры оказывают большую часть помощи, включая укрепление здоровья и лечение неинфекционных заболеваний, являются одним из возможных подходов.

Набор и удержание семейных врачей, работников общественного здравоохранения и медицинских сестер должны улучшиться. Считается, что причиной оттока врачей ПМСП в странах низкого и среднего дохода является отсутствие государственной поддержки и низкие зарплаты, несмотря на нарастающую нагрузку.

В западных странах общая врачебная практика часто рассматривается как низкий статус для врачей, связанный с высокой административной нагрузкой и отсутствием поддержки со стороны сверстников. Превращение первичной медико-санитарной помощи в более привлекательную рабочую среду имеет решающее значение для найма и удержания лучших сотрудников.

Успеху первичной медико-санитарной помощи будут способствовать: обеспечение достойной работы и надлежащее вознаграждение для специалистов здравоохранения и других работников здравоохранения, работающих на уровне ПМСП, с тем, чтобы они могли эффективно реагировать на медико-санитарные потребности людей в многопрофильном контексте; дальнейшее инвестирование средств в образование, специальную подготовку, комплектование, развитие, стимулирование и удержание трудовых ресурсов ПМСП с надлежащим сочетанием профессиональных навыков; удержание и обеспечение наличия трудовых ресурсов ПМСП в удаленных и менее развитых районах. А также нужно отметить, что международная миграция работников здравоохранения не должна негативно сказываться на возможности стран, а удовлетворять медико-санитарные потребности населения [8, 9].

Финансирование

После конференции, проведенной в Астане, провозглашающей межсекторального усилия ПМСП, министерствам здравоохранения необходимо попытаться убедить министерство финансов в преимуществах выделения ресурсов, необходимых для расширения ПМСП. Для начала они должны изложить четкое экономическое обоснование преимуществ и перспектив ПМСП, к которому можно обратить внимание министерств финансов.

Ориентировочная стоимость ряда основных экономически эффективных вмешательств на основе ПМСП в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) при охвате 80% населения составляет 350 миллиардов долларов США в год. Поскольку в 2017 году донорское финансирование здравоохранения составило 37 млрд. долл. США, каждой стране необходимо мобилизовать внутреннее финансирование. Однако степень приоритетности ПМСП в государственном финансировании существенно различается. Процентная доля государственных расходов на здравоохранение,

предназначенные для ПМСП, варьируются от 6% до 72% по странам с низким и средним уровнем дохода. То есть страны с низким доходом имеют более высокую вероятность недофинансирования ПМСП.

ПМСП предлагает платформу для многих экономически эффективных профилактических услуг. Например, возврат инвестиций от детских иммунизаций в СНСД составляет около 44 долларов за каждый потраченный 1 доллар. Возврат инвестиций от семейных врачей и прочих работников общественного здравоохранения, которые играют ключевую роль в выявлении факторов риска заболеваний, укрепления здоровья и ранней диагностики, составляет примерно 10 долларов США на каждый 1 доллар, потраченный в странах Африки к югу от Сахары, и около 2 долларов на каждый потраченный доллар США [10-13].

С точки зрения макроэкономических и микроэкономических выгод, сильные, высококачественные системы ПМСП обеспечивают существенное улучшение здоровья населения. Улучшение здоровья населения имеет важные макроэкономические преимущества из-за последствий на протяжении всей жизни. Плохое дородовое, послеродовое и детское здоровье являются прогностическими факторами замедленного когнитивного развития и низкого дохода в старшем возрасте. У взрослых трудоспособного возраста заболеваемость и инвалидность снижают производительность труда, а сам процесс лечения приводит к значительным затратам. Кроме того, улучшение здоровья пожилых людей может уменьшить изоляцию и способствовать более широкому участию в жизни общества. Интерфейс между первичной и вторичной медицинской помощью является полезной областью анализа, чтобы показать микроэкономические преимущества первичной медицинской помощи. Использование вторичной медицинской помощи является дорогостоящим, и часто включает в себя госпитализацию, где пациенты подвергаются риску развития приобретенных внутрибольничных инфекций и ятрогенных осложнений. Напротив, расширение доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи связано с сокращением числа случаев госпитализации и рецидивов, которые можно было бы избежать, а также снизить использование отделений неотложной помощи и расходов на медицинское обслуживание [14].

Кроме того, во всех СНСД было показано, что вмешательства в рамках служб первичной медицинской помощи не только снижают показатели материнской и младенческой смертности и инфекционных заболеваний, но также улучшают общее состояние здоровья населения, повышая эффект профилактики и лечения многих хронических заболеваний, таких как депрессия, сердечно-сосудистые заболевания и диабет, а также для изменения вредного поведения, такого как опасное употребление алкоголя и курение. В странах с высоким доходом (СВД) более сильные системы

ПМСП приводили к улучшению здоровья населения, справедливости в отношении здоровья и более медленным ростом расходов на здравоохранение.

ПМСП обладает огромным потенциалом для улучшения макро- и микросреды, участия и производительности на рынке труда и устойчивости бюджета за счет замедления роста расходов на здравоохранение и более эффективного использования ограниченных ресурсов. Без инвестиций в ПМСП министры финансов и здравоохранения столкнутся с высокими затратами из-за чрезмерно растянутого несправедливого больничного сектора, плохо оснащенного для решения проблемы растущего бремени НИЗ и мультиморбидности.

На IV разделе Астанинской декларации заявлено, что государство на всех уровнях играет главную роль, и несут первоочередную ответственность за поощрение и защиту права каждого человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья. Правительство страны должно способствовать многосекторальной деятельности и достижению ВОУЗ, взаимодействуя с соответствующими заинтересованными сторонами и наделяя сообщества правами и возможностями в интересах укрепления ПМСП. Правительство каждой страны должно привлекать больше заинтересованных сторон к работе по достижению здоровья для всех, никого не оставляя без внимания, при этом регулируя и принимая меры в отношении конфликтов интересов, поощряя прозрачность и реализовывая принцип управления, основанный на широком участии. При этом государство должно в надлежащем объеме предоставлять и выделять кадровые и прочие ресурсы для укрепления ПМСП [15-17].

Расширение прав и возможностей населения

В Астанинской декларации поддерживается привлечение отдельных людей, семей, сообществ и гражданского общества посредством обеспечения их участия в разработке и осуществлении мер политики и планов, оказывающих воздействие на здоровье. Медицинские работники будут способствовать обеспечению грамотности в вопросах здоровья, и прилагать усилия для удовлетворения ожиданий отдельных людей и сообществ в отношении надежной информации по вопросам здоровья, оказывать поддержку людям в приобретении знаний, навыков и ресурсов, необходимых для поддержания их здоровья под руководством специалистов здравоохранения, защищать и укреплять солидарность, этические принципы и права человека. Это может быть осуществлено четким информированием населения о бесплатных услугах здравоохранения с помощью стендов в вестибюле любой здравоохранительной организации. Отмечается, что информация о правах охраны личной жизни, конфиденциальности, защите чести и достоинства плохо доходит населению. Например, во многих странах в стандартных формах согласия на оперативное лечение не прописываются процедуры или варианты обезболивания и не указывается, кто именно объяснил

пациенту потенциальные риски операции [18-20].

В мире уже для пациентов разработан ряд информационных брошюр, но при этом в государственных протоколах обычно не приводится доступное разъяснение руководств, основанных на доказательных данных. Рекомендуется задействовать сайт министерства в плане информирования, размещая и предоставляя в общем доступе информации, необходимые для повышения грамотности населения в вопросах здравоохранения и медицинских знаний или для отчетности по деятельности медицинских организаций, либо всей системы здравоохранения в целом. Также рекомендуется создать и внедрить во всех организациях здравоохранения стандартизированные системы рассмотрения жалоб и инструменты для оценки опыта пациентов. Обзорные результаты внешних оценок организаций здравоохранения должны публиковаться на сайте Министерства здравоохранения [21].

Заключительные слова автора

Концепцией Астанинской Декларации является то, что каждый человек должен иметь доступ к качественной медицинской помощи, независимо от времени, места и финансового благополучия, и она призывает всех людей и организации поддержать. Как в начале настоящей декларации заявляется, мы, врачи, считаем здоровье и благополучие людей приоритетным вопросом, укрепляя и защищая их как на коллективном, так и на индивидуальном уровнях посредством надежных систем здравоохранения. Мы обязуемся донести первичную медико-санитарную помощь и услуги здравоохранения высококачественными, безопасными, всеобъемлющими, комплексными, доступными, имеющимися в наличии и приемлемыми по стоимости для каждого человека способами, где бы он ни находился, и предоставлять помощь с состраданием, уважением и достоинством. Мы, лидеры здравоохранения, создаем благоприятные и способствующие здоровью условия, в которых люди и сообщества имеют права и возможности, и участвуют в сохранении и укреплении своего здоровья и благополучия. Партнеры и заинтересованные стороны действуют согласованно, оказывая эффективную поддержку национальным мерам политики, стратегиям и планам в области здравоохранения. Страны будут проводить периодический обзор осуществления настоящей Декларации в сотрудничестве с заинтересованными сторонами. Если мы будем действовать в соответствии с настоящей Астанинской Декларацией в духе солидарности и сотрудничества между правительствами, Всемирной организацией здравоохранения, Детским фондом Организации Объединенных Наций и всеми другими заинтересованными сторонами, то мы сможем обеспечить здоровье и благополучие для всех, никого не оставляя без внимания. Да, это, безусловно, тяжелая борьба, но она действительно того стоит.

Список литературы:

1. WHO, UNICEF. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, Oct 25–26, 2018. Geneva and New York: World Health Organisation and the United Nations Children’s Fund, 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (accessed Oct 28, 2018).
2. WHO. 13th General Programme of Work (GPW 13) WHO Impact Framework White Paper, August 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. http://www.who.int/about/what-we-do/GPW13_WIF_White_Paper_English.pdf?ua=1 (accessed Oct 31, 2018).
3. Naoko Yamamoto, Senait Fisseha, Pavlos N Theodorakis The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1369. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32478-4)
4. Watkins DA, Yamey G, Schaferhoff M et al. Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. Lancet 2018 Oct 20;392(10156):1434–1460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32389-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4)
5. Kluge H, Kelley E, Barkley Sh, Theodorakis PN et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote well-being for all. Lancet 2018 Oct 20;392(10156):1372–1374. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32482-6)
6. Hill PS. Primary health care and universal health coverage: competing discourses? Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1374–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30699-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30699-8).
7. Kluge H, Kelley E, Swaminathan S et al. After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. Lancet. 2018 Nov 17;392(10160):2147–2152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32859-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32859-9).
8. Birn AE. Back to Alma-Ata, From 1978 to 2018 and Beyond. Am J Public Health. 2018 Sep;108(9):1153–1155. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304625>
9. Jones R. Another World. Br J Gen Pract 2019 May;69(682):219. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702281>.
10. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Ye, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1371–1372. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32556-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32556-X).
11. WHO, UNICEF. Alma-Ata 1978 Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. https://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf (accessed Sept 28, 2018).
12. WHO. The world health report 2008—primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization, 2008.
13. WHO. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6–12, 1978.

14. Balabanova D, Mills A, Conteh L et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*. 2013 Jun 15;381(9883):2118–33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62000-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62000-5).
15. Sharmanov T. Sh. World Health Care Before and After the Great Alma-Ata Conference. Almaty, Kazakhstan: NV-service Ltd; 2003.
16. For the health of all the peoples of the planet. *Kazakhstanskaia Pravda*. September 1978;7:1–3.
17. WHO, UNICEF. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2018. <https://www.who.int/docs/defaultsource/primary-health/declaration/gcphcdeclaration.pdf> (accessed 10 Apr 2019).
18. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Salud Publica Mex*. 2015 Sep-Oct;57(5):444–67.
19. WHO. Draft declaration. Second international conference on primary health care: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Oct 25–26, 2018. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT-Declaration-9-April-2018.pdf> (accessed June 5, 2018).
20. WHO. Towards a health Silk Road. Aug 18, 2017. <http://www.who.int/dg/speeches/2017/health-silk-road/en/> (accessed Oct 1, 2018).
21. Kluge H, Kelley E, Barkley S et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1372–1374. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32482-6).

ТҮЙІН

У. СОНГ

АСТАНА ДЕКЛАРАЦИЯСЫ МЕН ОТБАСЫ МЕДИЦИНАСЫ СТУДЕНТТИҢ КӨЗІМЕН

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

«Біріншілік медико-санитарлық көмек дағдарыста!» - деп айқайлап жіберді денсаулық сақтау инвестициялары бойынша ланцетті комиссия. Денсаулық сақтау саласында дүние жүзі халықтарының 80-90% қажеттіліктерінің олардың өмір бойына БМСК шеңберінде қамтылу мүмкіндігіне қарамастан, отбасылық медицина көптеген елдерде жеткілікті дамымаған. ДДСҰ зерттеулері бойынша әлем халықтарының жартысының - аналықты қорғау және екпе жолымен инфекциялық аурулардың алдын алудан бастап, созылмалы ауруларды емдеу мен паллиативті көмекке дейінгі ерекше маңызды медициналық қызметке қолы жетпейді. Бірақ кез келген жағдайда да БМСК қазіргі таңда жаһандық денсаулық сақтаудың құтқару шеңбері болып табылады. 2018 жылғы 25-26 қазанда ДДСҰ мен ЮНИСЕФ Қазақстан Үкіметімен біріге отырып, Астана Декларациясы қабылданған біріншілік медико-санитарлық көмек бойынша жаһандық конференция ұйымдастырылды. Бұл мақалада біз медицина институты студентінің көзімен осы декларацияға сүйене отырып, БМСК-нің жаһандық мәселесін қарастырамыз.

Негізгі сөздер: Астана, декларация, БМСК, жалпылама қамту, денсаулық сақтау, отбасылық медицина.

SUMMARY

U. SONG

ASTANA DECLARATION AND FAMILY MEDICINE THROUGH THE EYES OF A STUDENT

I.A. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

“Primary health care is in crisis!” - screamed the Lancet Commission for Healthcare Investments. Yet 80–90% of people’s health needs across their lifetime can be provided within a primary health-care framework, family medicine is not sufficiently developed in many countries. According to WHO research, half of the world’s population does not have access to the most important medical services, ranging from maternal protection and the prevention of infectious diseases through vaccination to the treatment of chronic diseases and palliative care. But in any case, PHC is still the lifeline of global health. In 2018 On 25 and 26 October, the Global Conference on Primary Health Care, where the Astana Declaration was adopted, was organized jointly with the Government of Kazakhstan, WHO and UNICEF. In this article, we will look at the global problem of PHC, based on this declaration through the eyes of a medical student.

Keywords: Astana, declaration, primary health care, universal coverage, health care, family medicine.

УДК 614.2:378:661-057.875

МРНТИ 76.29.29

М.С. ТАДЖИНОВ, Б.О. СУЛТАНБЕКОВА, Ж.М. КАЛДРАБЕКОВА,
Т.Б. ОНАЙБАЕВА, С.Ж. КУЛКАЕВА**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан
Научный руководитель: С.Ж. Кулкаева

Цель: исследование качества жизни студентов 1 и 5 курсов медицинского университета с помощью опросника SF36 в сравнительном аспекте.

Методы. Качество жизни, связанное со здоровьем, изучалось методом анкетирования опросником SF-36 у 333 студентов 1 и 5 курсов, (1 курс – 133 респондента, средний возраст 18.02 + 0.5; 5 курс – 200 студентов, средний возраст 22.4+0.8).

Результаты. Уровень физического функционирования студентов 5 курса был достоверно выше (PF 97.7+ 10.8), чем у студентов первокурсников (PF 81.5+ 24.86) $p < 0.001$.

Установлено снижение ролевого физического функционирования у студентов 1 курса (RF 70.11+ 29.7) против (RF 88.21+ 23.19) опрошенных студентов 5 курса. Средние показатели интенсивности боли и общего состояния здоровья у первокурсников оказались ниже (BP 82.83+17.56; GH 69.85+15.03) в сравнении с данными студентов старшего курса (BP 87.57+16.12; GH 79.37+15.95) $p < 0,001$.

Среди переменных психологического компонента здоровья у старшекурсников выявлены более высокие показатели социального функционирования (SF 80.14+ 18.60), ролевого эмоционального функционирования (RF 87.23+ 27.06), психического здоровья (MH 73.24+ 13.71) и жизненной активности (VT 64,5+15,7) $p < 0.001$. У респондентов первокурсников преобладала доля лиц с низкой самооценкой переменных психологического компонента здоровья (SF 75.1+ 22.17; RF 63.69+ 37.04; MH 65,3+37,04; VT 56,8+15,4) $p < 0,001$. Гендерные различия составляющих физического и психологического компонентов здоровья у первокурсников не наблюдались ($p > 0,05$). Девушки 5 курса в сравнении с юношами обнаруживали высокие значения ролевого физического функционирования (RP 90,4+21,7 и 82,6+ 26,1) $p < 0,03$.

В группе первокурсников обнаружена прямая корреляция между физическим функционированием и компонентом здоровья ($r = 0,75$); $p < 0,05$, у студентов 5 курса сильная корреляционная связь между психическим здоровьем и интегральным показателем психологического компонента здоровья ($r = 0,81$) $p < 0,05$.

Выводы. Респонденты изучаемых групп показали достоверные различия по всем шкалам физического и психологического компонентов здоровья. Обнаружено наличие гендерных различий у старшекурсников и их отсутствие у первокурсников. Существует прямая корреляция между физическим функционированием и компонентом здоровья у респондентов первокурсников и сильная связь между психическим здоровьем и интегральным показателем психологического компонента здоровья у старшекурсников ($r = 0,81$), $p < 0,05$.

Ключевые слова: качество жизни, опросник SF-36, студенты, здоровье, респонденты, гендерные различия, корреляция.

Введение

Одним из приоритетных направлений развития современного социума является охрана здоровья граждан. Сегодня общественное здоровье оценивается не распространённостью инфекционных эпидемий, а качеством жизни населения. Хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие отражают удовлетворенность его потребностей и адаптацию в физической, психологической и социальной сферах жизни [1, 2, 3].

В последние годы возрос интерес к проблемам качества жизни студенческой молодежи, которая представляет собой особую социальную группу, объединенную определенными возрастными границами, процессом профессионального обучения, образом жизни и мен-

талитетом. Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием учебы в вузе [4, 5]. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, частые нарушения режима труда и отдыха, нерациональное питание, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения [4, 6, 7]. Увлечение в студенческой среде высокотехнологичными средствами для обучения и развлечения (компьютером, мобильными телефонами и др.) приводит к гиподинамии, утомлению, нарушению зрения, которые служат дополнительными факторами риска [8].

Анализ научной литературы, посвященной проблеме здоровья студенческой молодежи, показывает, что за время обучения в вузе здоровье студентов не улуч-

шается, а ряд авторов отмечают его ухудшение [7, 9, 10]. Несмотря на значительное количество проводимых исследований и важность проблемы сохранения здоровья и повышения работоспособности студенческой молодежи, многие вопросы остаются нерешенными и требуют детальной оценки состояния здоровья студентов.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка особенностей качества жизни, уровня физического и психологического компонентов здоровья у студентов 1 и 5 курсов НАО ЗКМУ имени М. Оспанова.

Методы

Качество жизни, связанное со здоровьем, изучалось в сравнительном аспекте с помощью анкетно-опросного метода на основе применения международного валидизированного опросника «MOS SF-36 Health Status Survey», позволяющего оценить физическое, психологическое и социальное благополучие человека [25, 26].

36 вопросов опросника SF-36 образуют восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Шкалы формируют два показателя: PH («физический компонент здоровья») и MH («психологический компонент здоровья»):

- физический компонент здоровья (PH) включает физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья.
- психологический компонент здоровья (MH) составляют психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование и жизненная активность.

Эти 8 шкал представляют собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дис-

функцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные самооценки общего состояния здоровья.

Значения показателей шкал могут быть от 0 до 100 баллов. 100 баллов показывают наибольшее благополучие, 0 баллов – свидетельствуют о максимальном ограничении жизнедеятельности по соответствующему показателю. Следовательно, чем выше значения шкалы, тем лучше оценка по избранной шкале.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с применением программы Statistica версия 10.0. Рассчитывались показатели: объем выборки, среднее значение, минимум, максимум, стандартное отклонение. Количественные переменные в двух независимых группах сравнивали непараметрическим методом при помощи U критерия Манна-Уитни. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. Анализ корреляции переменных проводили по методу Спирмена (r). Связь между показателями оценивалась как сильная при $r > 0,7$, средней силы – при r от 0,3 до 0,7, слабая – при $r < 0,3$

Исследование проведено на базе Западно Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова.

В анкетировании приняли участие 333 студента 1 и 5 курсов, в том числе 133 респондентов-первокурсников (средний возраст 18.02±0.5) и 200 студентов 5 курса (средний возраст 22.4±0.8). Среди опрошенных студентов 1 курса девушки составили 82%, юноши 18%, 5 курса – 72% и 28%. Качество самостоятельного заполнения опросника SF-36 респондентами отвечало общепринятым требованиям к анализу показателей качества жизни (таблица).

Результаты

Респонденты двух изучаемых групп показали статистически значимые различия по всем шкалам физического и психологического компонентов здоровья. Среди составляющих физического компонента здоровья в группе опрошенных студентов 5 курса переменная физического функционирования была самой высокой (94,1±10,8) ($p < 0,01$). При анализе переменных роле-

Таблица. Показатели переменных качества жизни студентов

| 1 курс | | 5 курс | | |
|---|---------------|------------|---------------|-------|
| Переменная | M+/-SD | Переменная | M+/-SD | P |
| Физическая активность (PF) | 81,05+/-24,86 | PF | 94,07+/-10,80 | 0,001 |
| Ролевые ограничения вследствие физических проблем (RP) | 70,11+/-29,70 | RP | 88,20+/-23,19 | 0,001 |
| Физические боли (BP) | 82,83+/-17,56 | BP | 87,51+/-16,12 | 0,015 |
| Восприятие общего состояния здоровья. (GH) | 69,05+/-15,93 | GH | 79,37+/-15,95 | 0,001 |
| PH1 | 50,97+/-6,36 | PH1 | 54,79+/-4,86 | 0,001 |
| Энергичность/неспособность(VT) | 56,80+/-15,39 | VT | 64,48+/-15,70 | 0,001 |
| Социальное функционирование (SF) | 75,07+/-22,17 | SF | 80,14+/-18,60 | 0,05 |
| Ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE) | 63,64+/-37,04 | RE | 87,23+/-27,06 | 0,001 |
| Психическое здоровье(MH) | 65,29+/-18,53 | MH | 73,24+/-13,71 | 0,001 |
| MH1 | 44,08+/-8,69 | MH1 | 48,56+/-7,40 | 0,001 |

вого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли и общего состояния здоровья отмечено снижение баллов общего состояния здоровья (79,4+15,9), характеризующего самооценку своего состояния студентом в настоящий момент. Общий показатель физического компонента здоровья составил 54,8+ 4,9 баллов.

Изучение показателя психологического компонента здоровья наряду с более высокими значениями ролевого эмоционального (87,2+27,1) и социального функционирования (80,1+18,6) выявил снижение переменных жизненной активности (64,5+15,7) и психического здоровья (73,2+13,7). Общий показатель психологического компонента здоровья был на уровне 48,6+4,9 баллов ($p<0,01$).

В группе студентов 1 курса средние значения показателей как физического, так и психологического компонентов здоровья демонстрировали значимое снижение составляющих обоих показателей в сравнении с данными студентов 5 курса в пределах 8-18 баллов. Особенно это проявилось в отношении переменных: физического (81,1+24,9) и ролевого функционирования, связанного с физическим состоянием (70,1+29,7), общего состояния здоровья (69,1+15,9), ролевого эмоционального состояния (63,6+37,0), социального функционирования (75,1+22,2) и психического здоровья (65,3+16,5), $p<0,01$.

При оценке гендерных особенностей самооценки качества жизни студентов медицинского университета среди опрошенных первокурсников составляющие физического и психологического компонентов здоровья существенных отклонений не претерпевали ($p>0,05$). Следует отметить, что у студентов 5 курса женского пола в сравнении с мужским установлены более высокие значения переменной ролевого физического функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP 90,4+21,7 и 82,6+26,1). Эти различия были статистически значимыми ($p<0,03$). Следовательно, девушки 5 курса, в отличие от лиц мужского пола, не испытывают ограничений повседневной ролевой деятельности, обусловленным физическим состоянием. По шкале общего состояния здоровья самооценка респондентами своего здоровья имела лишь тенденцию к половым различиям ($p=0,08$). Остальные показатели физического и психологического компонентов здоровья достоверных отличий по полу не демонстрировали

(рисунок).

Обсуждение результатов

Полученные результаты по исследованию показателей качества жизни в группе студентов 1 курса доказывают существование различий сравнимых показателей физического и психологического здоровья между респондентами 1 и 5 курсов. Средние значения переменных у обследованных первокурсников были значимо ниже данных оценки качества жизни старшекурсников.

Обнаружение снижения самооценки физического компонента здоровья у студентов 1 курса свидетельствуют о некотором ограничении их физической активности и выполнения объема своих повседневных обязанностей. Согласно данным разных авторов, снижение физического компонента здоровья в начальном периоде обучения в медицинском ВУЗе обусловлено необходимостью приспособления к новым условиям жизни, высокой умственной и психологической нагрузкой, частыми нарушениями режима питания, труда и отдыха, которые сопровождаются значительным напряжением адаптационных возможностей организма и снижением качества жизни.

Опрошенные студенты 5 курса субъективно высоко оценивают свое физическое и ролевое функционирование, которое в настоящее время не ограничено состоянием здоровья. Увеличение значений показателя свидетельствует о возможности выполнять большую физическую нагрузку и отсутствию проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную деятельность. Эти данные разнятся с некоторыми результатами ранее проведенных научных исследований по изучению качества жизни студентов медицинских вузов, демонстрирующих снижение качества жизни по мере перехода к старшим курсам, что связывают с развитием различных хронических заболеваний у студентов старших курсов [8, 10, 11].

В ходе анализа суммарных измерений переменных психологического компонента здоровья выявлены статистически значимые отличия в показателях качества жизни, связанных со здоровьем. Студенты 5 курса показали более высокие показатели социального функционирования (SF 80.14+-18.60), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RF 87.23+-27.06), психического здоровья (MH 73.24+-13.71) и жизненной активности (VT 64,5+15,7) $p<0,001$. В то же время среди респондентов первокурсников статистически значимо преобладала доля лиц с низкой самооценкой указанных переменных психологического

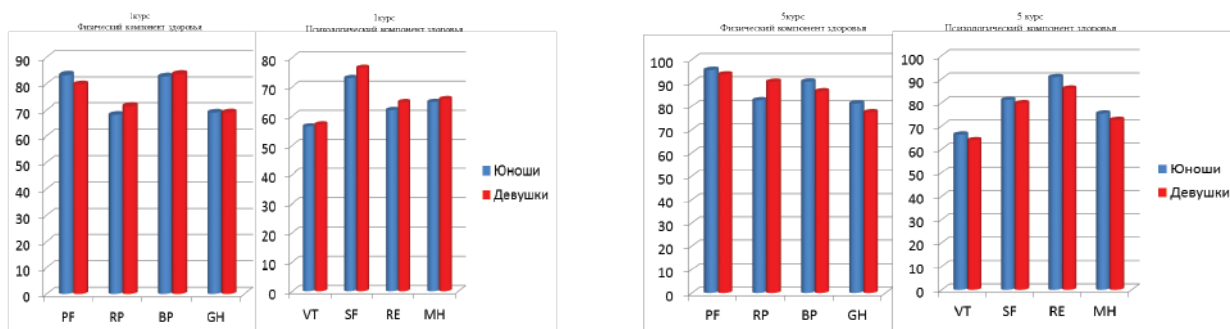


Рисунок. Физический компонент здоровья

компонента здоровья (SF 75.1+-22.17; RF 63.69+-37.04; MN 65,3+37,04; VT 56,8+15,4 соответственно).

Сравнение составляющих психологического компонента здоровья доказывает, что студенты первокурсники не чувствуют себя полным сил и энергии, ограничены в социальных контактах, выполнении повседневной работы, обусловленной снижением физического и эмоционального здоровья. Низкие показатели могут свидетельствовать о наличии чувства тревоги, депрессии, состояния утомления, психологическом неблагополучии и снижении качества жизни. Вполне закономерно предположить, что снижение качества жизни отрицательно скажется на образовательном процессе и усвоении профессиональных навыков студентами-первокурсниками.

При анализе корреляционных взаимосвязей в группе студентов первокурсников обнаружена прямая корреляционная взаимосвязь между переменными физического функционирования и физического компонента здоровья ($r=0,75$; $p=0,007$). Данная связь между переменными для студентов 1 курса является положительной и предполагает улучшение показателя физического компонента здоровья при увеличении физического функционирования.

В группе студентов 5 курса существует сильная корреляционная связь между переменной психического здоровья и интегральным показателем психологического компонента здоровья ($r=0,81$), следовательно, чем менее выражены чувство тревоги и депрессии, психического неблагополучия, тем выше психологический комфорт и качество жизни

Выводы:

1. Анализ результатов исследования по опроснику SF 36 свидетельствует о достоверном снижении значений составляющих физического и психологического компонентов здоровья у студентов 1 курса в сравнении с показателями студентов 5 курса медицинского университета ($p<0,01$).

2. При оценке гендерных особенностей самооценки качества жизни студенты 5 курса женского пола в сравнении с мужским показали статистически значимые высокие значения переменной ролевого физического функционирования, обусловленного физическим состоянием ($p<0,03$), в то время как среди опрошенных первокурсников составляющие физического и психологического компонентов здоровья существенной зависимости от пола не демонстрировали ($p>0,05$).

3. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между переменными физического функционирования и физического компонента здоровья в группе респондентов первокурсников и сильная прямая связь между переменной психического здоровья и интегральным

показателем психологического компонента здоровья у старшекурсников ($r=0,81$).

4. Полученные нами результаты исследования указывают на необходимость дальнейшего более глубокого изучения качества жизни студентов медицинского вуза с использованием физиолого-гигиенических методов оценки здоровья для получения информации об особенностях качества жизни студентов медицинских вузов.

Список литературы:

1. Каусова ГК. К проблеме здоровья населения Республики Казахстан. Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. Алматы: 2004;31:57–60.
2. Каусова ГК. К определению категории «Здоровье населения». Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. Алматы: 2006;38(1):78–80.
3. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007;320.
4. Батрымбетова СА. Здоровье и социально-гигиеническая характеристика современного студента. Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. 2007;165–179.
5. Медик ВА. Современные подходы к изучению заболеваемости населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М.: Медицина, 2004;1:6–9.
6. Агаджанян НА, Радыш ИВ. Качество и образ жизни студенческой молодежи. Экология человека 2009;5:3–8.
7. Баклыкова АВ. Здоровье и образ жизни студентов-медиков. Молодой ученый. 2010; 2(5):205–207.
8. Бердиев РМ, Кирюшин ВА, Моталова ТВ, Мирошников ДИ. Состояние здоровья студентов - медиков и факторы его определяющие. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова 2017;25(2):303–315.
9. Проскуракова ЛА. Проблемы современного общества – повышение качества жизни студентов. Альманах современной науки 2007;5:174–176.
10. Шагина ИР. Влияние учебного процесса на здоровье студентов. Астраханский медицинский журнал 2010;2:26–29.
11. Тищенко ЕМ, Сурмач МЮ, Харевич НР и др. Оценка качества жизни студентов медицинского университета, проживающих в общежитии. Вопросы организации и информатизации здравоохранения 2011;1:68–70.

ТҮЙІН

М.С. ТАДЖИНОВ, Б.О. СУЛТАНБЕКОВА,
Ж.М. КАЛДРАБЕКОВА, Т.Б. ОНАЙБАЕВА,
С.Ж. КУЛКАЕВА

**МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТ
СТУДЕНТТЕРІНІҢ ӨМІР СҮРУ
САПАСЫН ӨЗІНДІК БАҒАЛАУЫН
САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Мақсаты: SF36 сауалнамасының көмегімен медициналық университеттің 1 және 5 курс студенттерінің өмір сүру сапасын салыстырмалы түрде зерттеу.

Әдістері. Денсаулыққа байланысты өмір сапасы SF-36 сауалнамасы әдісімен 1 және 5 курс студенттерде зерттелді (1 курс – 133 респондент, орташа жасы – 18.02 + 0.5; 5 курс – 200 студент, орташа жасы – 22.4+0.8;).

Нәтижелері: 5-курс студенттерінің физикалық қызмет ету деңгейі жоғары (PF 97.7+ 10.8), бірінші курс студенттерімен салыстырғанда (PF 81.5+ 24.86) $p < 0.001$. 1-курс студенттерінің рөлдік физикалық қызметінің төмендеуі анықталды (RF 70.11+-29.7), ал қарсы 5-курс сұралғандардың көрсеткіші (RF 88.21+-23.19). Бірінші курс студенттерінің ауырсыну мен жалпы денсаулық жағдайының орташа көрсеткіштері төмен (BP 82,83-+17,56; GH 69.85-+15.03) жоғары курс студенттерінің мәліметтерімен салыстырғанда (BP 87.57-+16.12 ; GH 79.37-+15.95) $p < 0,001$

Денсаулықтың ауыспалы психологиялық компоненті арасында жоғары курстарда әлеуметтік қызмет көрсетудің (SF 80.14+-18.60), рөлдік эмоционалдық қызмет көрсетудің (RF 87.23+-27.06), психикалық денсаулықтың (MN 73.24+-13.71) және өмірлік белсенділіктің (VT 64,5+15,7) $p < 0.001$ жоғары көрсеткіштері анықталды. Бірінші курс респонденттерінде денсаулықтың ауыспалы психологиялық компоненті (SF 75.1+-22.17; RF 63.69+-37.04; MN 65,3+37,04; VT 56,8+15,4) $p < 0,001$ өзін өзі бағалауы төмен адамдардың үлесі басым болды. Бірінші курс студенттері денсаулығының физикалық және психологиялық құрамдас бөліктерінің гендерлік айырмашылықтары байқалмады ($p > 0,05$). 5-курс қыздарын жасөспірімдермен салыстырғанда рольдік дене қызметінің жоғары айырмашылық мәндерін анықтады (RP 90,4+21,7 және 82,6+ 26,1) $p < 0,03$.

Бірінші курс тобында физикалық қызмет ету мен денсаулықтың физикалық компоненті ($r=0,75$) арасында тікелей корреляция анықталды; $p < 0,05$, ал 5-курс студенттерінде – психикалық денсаулық пен денсаулықтың психологиялық компонентінің интегралдық көрсеткіші арасындағы күшті корреляциялық байланыс ($r = 0,81$) $p < 0,05$

Қорытынды: зерттелген топтардың респонденттері денсаулықтың физикалық және

SUMMARY

M.S. TADZHINOV, B.O. SULTANBEKOVA,
J.M. KALDYBEKOV, T.B. ONALBAEVA,
S.J. KULKAYEVA

**COMPARATIVE ANALYSIS OF LIFE QUALITY
SELF-ASSESSMENT OF MEDICAL UNIVERSITY
STUDENTS**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to study the life quality of 1st and 5th year students at medical university using the SF-36 questionnaire in a comparative aspect.

Materials and methods. Health-related quality of life were studied using questionnaires SF-36 among 333 - 1st and 5th year students, (1st year students-133 respondents, the average age 18.02 + 0.5; 5th year students- 200 students, average age 22.4+0.8;).

Results. The level of physical functioning of 5th year students was significantly higher (PF 97.7+ 10.8) than that of first year students (PF 81.5+ 24.86) $p < 0.001$.

Decrease of role physical functioning at students of 1 course (RF 70.11+-29.7) against (RF 88.21+-23.19) at respondents of 5 course is established. Average pain intensity and General health have proved to be lower (BP 82,83-+17,56; GH 69.85-+15.03) compared with those of senior students (BP 87.57-+16.12 ; GH 79.37-+15.95), $p < 0.001$

Among the variables mental health component of the undergraduate students revealed higher scores social functioning (SF 80.14+-18.60), role-emotional functioning (RF 87.23+-27.06) , mental health (MH 73.24+-13.71) and vitality (VT 64,5+15,7) $p < 0.001$. The share of persons with low self-esteem of variables of the psychological component of health (SF 75.1+-22.17; RF 63.69+-37.04; MN 65.3+37.04; VT 56.8+15.4) $p < 0.001$ prevailed among first-year respondents. There were no gender differences in physical and psychological components of health among first-year students ($p > 0.05$). Girls of the 5th year in comparison with boys found high values of role physical functioning (RP 90.4+21.7 and 82.6+ 26.1) $p < 0.03$.

A direct correlation between physical functioning and physical component of health ($r=0.75$) was found in the group of freshmen; $p < 0.05$,y

5th year students - strong correlation between mental health and the integral indicator of the psychological component of health ($r = 0.81$) $p < 0.05$

Conclusion. Respondents of the study groups showed significant differences in all scales of physical and psychological components of health. The presence of gender differences in undergraduates and their absence in freshmen were found. There is a direct correlation between physical functioning and the physical component of health in first-year respondents and a strong relationship between mental health and the integral indicator of the psychological component of health in undergraduates ($r = 0.81$), $p < 0.05$.

Keywords: quality of life, SF -36 questionnaire, students, health, respondents, gender differences, correlation.

психологиялық компоненттерінің барлық шкаласы бойынша нақты айырмашылықтарды көрсетті. Жоғарғы курстарда гендерлік айырмашылықтар анықталды, ал бірінші курстарда гендерлік айырмашылық анықталмады. Бірінші курс респонденттерінің физикалық қызметі мен физикалық денсаулық компонентінің арасында тікелей корреляция бар және жоғары курстардағы ($r = 0,81$), $p < 0,05$ денсаулықтың психологиялық компонентінің психикалық денсаулығы мен интегралдық көрсеткіші арасындағы күшті байланыс бар.

Негізгі сөздер: өмір сүру сапасы, сауалнама SF -36, студенттер, денсаулығы, респонденттер, гендерлік айырмашылықтар, корреляция.

УДК 614.253:616.1

МРНТИ 76.75, 76.29.29

З. ТАНБЕТОВА, А.Р. КАШКИНБАЕВА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА, Ю.А. ЗАМЭ

МОТИВИРУЮЩЕЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ИЛИ КАК ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ ИЗМЕНИТЬСЯ

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

Статья посвящена актуальным вопросам мотивационного консультирования пациентов с сердечно-сосудистым риском. Коррекция поведенческих факторов риска приводит к достоверному снижению распространенности и выраженности кардиоваскулярных факторов риска, способствует повышению приверженности больных к выполнению врачебных рекомендаций и к изменению образа жизни. Повышенный вес, высокое артериальное давление, вредные привычки (курение, употребление алкоголя) приводит к снижению ожидаемой продолжительности жизни из-за повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение веса приводит к клинически значимому сокращению важных сердечно-сосудистых факторов риска, таких как индекс массы тела, гиперхолестеринемия и гипертония. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что улучшения показателей уровней липидов, артериального давления, глюкозы и массы тела могут снизить риск развития ишемической болезни сердца и инсульта у лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Результаты как отечественных, так и зарубежных исследований с использованием различных программ мотивационного консультирования свидетельствуют об их высокой эффективности в отношении ряда важных для кардиоваскулярной профилактики показателей.

Выводы. Респонденты изучаемых групп показали достоверные различия по всем шкалам физического и психологического компонентов здоровья. Обнаружено наличие гендерных различий у старшекурсников и их отсутствие у первокурсников. Существует прямая корреляция между физическим функционированием и компонентом здоровья у респондентов первокурсников и сильная связь между психическим здоровьем и интегральным показателем психологического компонента здоровья у старшекурсников ($r=0,81$), $p<0,05$.

Ключевые слова: мотивационное консультирование, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания.

Введение

Мотивационное консультирование – это процесс, когда двое (или более) людей рассматривают убеждения, стимулы, верования побуждающие человека к действию или бездействию в какой-либо ситуации.

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ объединяет самые эффективные и в то

же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс, совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации.

Цель исследования

Зародить в человеке сомнения, что выбранный образ жизни позволит и дальше удовлетворять все его актуальные потребности.

Преимущества МИ: эффективность, низкая стоимость, усиление приверженности (улучшение лечения), совместимость с другими видами психокоррекции, стимулирование ресурсов клиента, усиление мотивации клиента.

Концепция МИ возникла на основе опыта лечения зависимости и впервые описана Вильямом Миллером (1983). Подробно метод описан в 1991 году.

На современном этапе МИ широко применимо при лечении заболеваний, которые связаны с поведением. Он использовался и оценивался в отношении злоупотребления алкоголем, наркомании, прекращения курения, снижения веса, соблюдения режима лечения и последующего наблюдения, повышения физической активности, а также при лечении астмы и диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Эффективность мотивационного консультирования пациентов по различным аспектам образа жизни, факторам риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и способам их коррекции, а также актуальным для пациентов вопросам профилактики и лечения ССЗ имеет огромную доказательную базу. Одним из наиболее эффективных подходов к мотивационному консультированию является сочетание основной обучающей части и дополнительной долговременной поддержки больных, в частности с использованием индивидуальных консультирования. В рандомизированных исследованиях продемонстрирована эффективность такого подхода у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) [1].

Американская кардиологическая ассоциация оценила вмешательства, способствующие физической активности и изменению образа жизни [2], и рекомендовала мотивационное интервью (МИ) как эффективный подход для снижения веса [2, 3]. В частности, МИ привели к увеличению физической активности [4-6], снижению потребления калорий [7] и снижению индекса массы тела (ИМТ) [6] у пациентов после вмешательства. Обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с применением МИ для снижения веса показал, что медиана 60 минут консультирования уменьшала ИМТ на 0,72 кг·м⁻² (что эквивалентно приблизительно 2 кг веса тела) по сравнению с типичной практикой [5].

По структуре мотивационные консультирования значительно различаются между собой: в одних контакты с медицинским персоналом проводятся редко [8], в других используется подход с многоразовыми визитами (индивидуальными и/или групповыми консультациями) в течение различного периода времени с разными интервалами. В среднем мотивационные консультирования включают от 5 до 16 контактов с пациентами в течение 9-12 месяцев [9]. Большинство визитов являются индивидуальными. Таким образом, в абсолютном большинстве случаев мотивационные консультирования носят адресный характер.

Наибольшую эффективность продемонстрировали комплексные мотивационные консультирования. Мотивационные консультирования направлены на поощрение здорового образа жизни пациентов в целом и включают консультирование по питанию, физической активности, отказу от курения, а также обучение релаксации [10]. В гораздо меньшем числе исследований оценивалась эффективность мотивационных консультировании направленных на какой-то один ФР, в частности по оценке диетологических вмешательств или вмешательств, направленных на повышение физической активности, коррекцию дислипидемии и т.д. [11, 12].

Однако большинство поведенческих вмешательств носят комплексный характер и направлены на изменения в образе жизни в отношении комбинации ФР [13].

Мотивационное консультирование проводится, как правило, специально подготовленным медперсоналом, в том числе терапевтами, кардиологами, диетологами, врачами по лечебной физкультуре и спортивной медицине, а также помощниками врача.

Согласно данным литературы [14], большинство высокоинтенсивных мотивационных консультирования являются эффективными. Различные профилактические программы, составной частью которых является профилактическое мотивационное консультирование, проводятся во многих странах мира, в том числе и в Казахстане. В частности, у нас в стране работают центры здоровья для населения, кабинеты по табакокурению, правильному питанию, многие поликлиники организуют занятия по повышению физической активности населения.

Центры здоровья оказывают комплексную профилактическую услугу, включающую:

- 1) оценку базовых характеристик здоровья пациентов и его функциональных резервов;
- 2) выявление ФР хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), таких как повышенное АД, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела/ожирение;
- 3) проведение мотивационного консультирования, направленного на коррекцию выявленных у пациентов ФР [15, 16].

Различные профилактические программы и рекомендации по мотивационному консультированию населения разработаны и в других странах мира. Более 25 лет в США существует негосударственная организация – Рабочая группа профилактической службы США (United States Preventive Services Task Force – USPSTF). Ее две главные задачи: оценка пользы профилактических программ у лиц, не имеющих заболеваний, с учетом пола, возраста и ФР, а также разработка рекомендаций по внедрению

профилактических программ в практику первичного звена здравоохранения. Каждая рекомендация, рассматриваемая для включения в ту или иную профилактическую программу, оценивается с точки зрения доказательной медицины, и ей присваивается одна из пяти категорий – А (наивысшая), В, С, D или I – отражающий «чистый размер пользы» (net benefit), т.е. баланс пользы и вреда, а также силу доказательств в поддержку данной рекомендации [9].

Американская кардиологическая ассоциация (American Heart Association – АНА) рекомендует практикам врачам при проведении профилактического консультирования пациентов по здоровому питанию и физической активности использование двух и более из следующих стратегий: выбор конкретных целей на ближайшую перспективу; обеспечение обратной связи о достигнутых пациентами результатах; предоставление стратегий самоконтроля; разработка плана по частоте и продолжительности наблюдения; использование мотивационных интервью; поддержание уверенности пациентов в себе [17].

В Рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике Европейского общества кардиологов 2016 г. даны следующие ключевые рекомендации по оздоровлению образа жизни, которым присвоен самый высокий класс I, уровень доказательности А [14].

1. Для помощи в изменении образа жизни рекомендуются утвержденные когнитивно-поведенческие методики (например, мотивационное консультирование).
2. Рекомендован мультидисциплинарный подход – вовлечение в работу медсестер, диетологов, психологов и прочее [17, 18].
3. При очень высоком риске ССЗ рекомендованы комплексные вмешательства, сочетающие медицинские ресурсы с обучением здоровому образу жизни, физическим упражнениям, управлением стрессом, консультированием на тему психосоциальных ФР [9, 19].

Эффективным поведенческим вмешательством является мотивационное консультирование, направленное на повышение мотивации пациентов к изменению образа жизни и веру в собственные силы. Мотивационное консультирование – это широко известная методика с большой доказательной базой. Решающим моментом является помощь пациентам в установлении реалистичных целей в сочетании с самоконтролем выбранного поведения [17]. Дальнейшее продвижение вперед в виде небольших последовательных шагов является ключом к изменению долгосрочного поведения. Систематический обзор, выполненный S.Rubak и соавторами [2], и метаанализ 72 рандомизированных контролируемых исследований показывают, что мотивационное консультирование превосходит по эффективности однократные традиционные советы по изменению образа жизни и помогает пациентам изменить свои привычки. Для улучшения приверженности пациента к лечению и

назначениям врача огромную роль играет активное вовлечение пациента в процесс консультирования и принятия клинических решений [17, 20, 21].

Относительно эффективности поведенческих вмешательств в отношении клинических конечных точек опубликованы результаты 16 исследований, в которых конечными точками являлись сердечно-сосудистые события, смерть или качество жизни [22].

Хочется отметить, что негативные последствия от поведенческого консультирования практически отсутствуют. Ни в одном из исследований, в которых проводились вмешательства по оздоровлению питания, не сообщалось о неблагоприятных событиях.

Исследований, направленных на оценку эффективности поведенческих вмешательств в отношении мягких конечных точек, значительно больше. Интересными представляются результаты анализа USPSTF, в который вошло 71 исследование с мягкими конечными точками, и который охватывал в общей сложности более 32 тысячи пациентов [22]. Мягкими конечными точками являлись объективные показатели уровня липидов, АД, уровня глюкозы, массы тела, суммарный кардиоваскулярный риск, приверженность к медикаментозной терапии и заболеваемость СД. В целом вмешательства средней и высокой интенсивности, включающие консультирование по вопросам питания и физической активности, снижали уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности, АД, уровень глюкозы натощак, массу тела и заболеваемость СД 2-го типа. Доказательства улучшения были наиболее надежными в период от 12 до 24 месяцев.

Выводы

Таким образом, результаты как отечественных, так и зарубежных исследований с использованием различных программ мотивационного консультирования свидетельствуют об их высокой эффективности в отношении ряда важных для кардиоваскулярной профилактики показателей. Профилактическое консультирование, обеспечивающее существенное снижение частоты и выраженности ФР ССЗ и способствующее повышению приверженности больных, целесообразно широко внедрять в работу учреждений практического здравоохранения, с целью достижения целевых показателей кардиоваскулярной профилактики и снижения риска осложнений у пациентов высокого и очень высокого риска.

Список литературы:

1. Pogosova GV, Koltunov IE, Belova YS. Efficiency of telephone educational program in patients with mild and moderate arterial hypertension. *European J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(1):52.
2. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513): 305–312.
3. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Мотивационное интервью в настройках здоровья: обзор. Советы по обучению пациентов. 2004;53:147–155. DOI:

- 10.1016 / S0738-3991 (03) 00141-1.
4. Bennett JA, Lyons KS, Winters-Stone K, Nail LM, Scherer J. Мотивационное интервью для увеличения физической активности у выживших в течение длительного периода жизни рака. *Nurs Res.* 2007;56:18–27. DOI: 10.1097 / 00006199-200701000-00003.
 5. Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad Coit C, Harper J. Использование мотивационного интервью в качестве дополнения к лечению ожирения: подход поэтапного ухода. *Здоровье Психолог.* 2007;26:369–374.
 6. Hardcastle S, Taylor AH, Bailey M, Castle R. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности первичного медико-санитарного консультирования по вопросам физической активности, диеты и факторов риска ИБС. *Советы по обучению пациентов.* 2008;70:31–39. DOI: 10.1016 / j.pec.2007.09.014.
 7. Befort CA, Nollen N, Ellerbeck EF, Sullivan DK, Thomas JL, Ahluwalia JS. Мотивационное интервью не улучшает результаты поведенческой программы по снижению веса для страдающих ожирением афроамериканских женщин: экспериментальное рандомизированное исследование. *J Behav Med.* 2008;31:367–377. DOI: 10.1007 / s10865-008-9161-8.
 8. Погосова НВ, Соколова ОЮ, Аушева АК и др. Однократное профилактическое консультирование в стационаре не улучшает прогноз пациентов после чрезкожных коронарных вмешательств. *Кардиология.* 2016;56(11):18–26. <https://dx.doi.org/10.18565/cardio.2016.11.18-26>
 9. LeFevre Michael L, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: U. S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. *Annals Intern Med.* 2014;161(8):587–593. <https://doi.org/10.7326/M14-1796>
 10. Piepoli MF, Corra U, Benzer W et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* 2010;17(1);1–17. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283313592>
 11. Schumacher TL, Burrows TL, Rollo ME et al. Effectiveness of a brief dietetic intervention for hyperlipidaemic adults using individually-tailored dietary feedback. *Healthcare.* 2016;4(4):75. <https://doi.org/10.3390/healthcare4040075>
 12. Baker MK, Simpson K, Lloyd B et al. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2011;91(1):1–12. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.06.030>
 13. Duncan M, Vandelanotte C, Kolt GS et al. Effectiveness of a Web- and Mobile Phone-Based Intervention to Promote Physical Activity and Healthy Eating in Middle-Aged Males: Randomized Controlled Trial of the ManUp Study. *J Med Internet Res.* 2014;16(6):e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.3107>
 14. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2016; 37(29):2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
 15. Кривонос ОВ, Бойцов СА, Погосова НВ. и др. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья. Методические рекомендации. М. 2012.
 16. Погосова НВ, Юферева ЮМ, Самородская ИВ, Бойцов СА. Профилактический скрининг: все за и против. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2016;15(3):4–13. <https://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-3-4-13>.
 17. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D et al. American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2010;122(4):406–441. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1>
 18. Balady GJ, Williams MA, Ades PA et al. American Heart Association Exercise CR. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation.* 2007;115(20):2675–2682. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>
 19. Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, Samuelsson O, Agewall S. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hyperten.* 1998; 11(1):14–22.
 20. General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together. Manchester, UK: General Medical Council, 2008.
 21. Martin LR, DiMatteo MR et al. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change, and Treatment Adherence.* New York: Oxford University Press, 2014.
 22. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardio-

vascular Risk Factors: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 113. AHRQ publication no. 13-05179-EF-1. Rockville,

MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014.

ТҮЙІН

З. ТАНБЕТОВА, А.Р. КАШКИНБАЕВА,
Л.М. ЖАМАЛИЕВА, Ю.А. ЗАМЭ

МОТИВАЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС НЕМЕСЕ ПАЦИЕНТТИҢ ӨЗГЕРУІНЕ ЫҚПАЛ ЕТУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Мақала жүрек-қан тамырлары қауіп бар науқастарға мотивациялық кеңес берудің өзекті мәселелеріне арналған. Жағымсыз әдеттерді түзету жүрек-қан тамырлары ауруларының қауіп факторларының таралуы мен ауырлығының елеулі түрде төмендеуіне әкеледі, науқастардың дәрігерлердің ұсыныстарын орындауына және салауатты өмір салтын ұстануына ықпал етеді. Артық салмақ, жоғары артериялық қан қысымы, жағымсыз әдеттер (темекі шегу, алкогольді ішу) өмір сүру ұзақтығының төмендеуіне жүрек-қан тамырлары ауруларына шалдығу қауіпін туғызады. Дене салмағының төмендеуі, гиперхолестеринемия және гипертония сияқты маңызды жүрек-қан тамырлық қауіп факторларының клиникалық өзгерістеріне, төмендеуіне алып келеді. Липидтердің деңгейін, қан қысымының, глюкоза мен дене салмағының төмендеуі жоғары және өте жоғары жүрек-қан тамырлары қауіп бар адамдарда жүректің ишемиялық ауруы мен инсульт тәуекелін төмендететініне эпидемиологиялық дәлелдемелері бар. Отандық және шетелдік зерттеулердің нәтижелері мотивациялық кеңес беруді қолдану, жүрек-қан тамыр ауруларының бірқатар маңызды көрсеткіштері бойынша жоғары тиімділігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: мотивациялық кеңес, қауіп факторлары, жүрек-тамыр аурулары.

SUMMARY

Z.TANBETOVA, A.R.KASHKINBAEVA,
L.M.ZHAMALIEVA, YU.A.ZAME

MOTIVATING CONSULTATION OR HOW TO HELP PATIENT TO CHANGE

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The article is devoted to topical issues of motivational counseling for patients with cardiovascular risk. Correction of behavioral risk factors leads to a significant reduction in the prevalence and severity of cardiovascular risk factors, contributes to increased patient adherence to follow-up medical recommendations and lifestyle changes. Increased weight, high blood pressure, bad habits (smoking, drinking alcohol) leads to a decrease in life expectancy due to an increased risk cardiovascular diseases. Weight loss leads to a clinically significant reduction in important cardiovascular risk factors such as body mass index, hypercholesterolemia and hypertension. Epidemiological evidence suggests that improvements in lipid levels, blood pressure, glucose and body weight can reduce the risk of coronary heart disease and stroke in people with high and very high cardiovascular risk. The results of both domestic and foreign studies using various programs of motivational counseling indicate their high effectiveness against a number of important indicators for cardiovascular prophylaxis.

Keywords: motivational counseling, risk factors, cardiovascular diseases

УДК 616.12-008.331: 612.141

МРНТИ 76.29.30

Д.С. ТЕМИРЗАКОВА, Г.Б. КАЗИКЕНОВА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА,
Б.К. ЖОЛДИН, А.А. ЖАУБАТЫРОВА

ПОТЕНЦИАЛ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Научный руководитель: А.А. Жаубатырова

Лодыжечно-плечевой индекс в настоящее время рассматривается как скрининговый метод диагностики заболеваний периферических артерий и артерий нижних конечностей, в частности, а также как предиктор сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, нарушения функции почек, а также смертности от всех причин. Однако данные о распространенности и факторах риска патологического лодыжечно-плечевого индекса разнородны.

Цель – провести пилотное исследование для изучения лодыжечно-плечевого индекса как критерия заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК) в г. Актобе.

Методы исследования. Пилотное исследование проведено в удобной выборке пациентов (n=39) больницы скорой медицинской помощи г. Актобе. САД измеряли методом Короткова. Интерпретацию ЛПИ проводили согласно европейским рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий 2017 г. Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, медианами (Me) и интерквартильными размахами (IQR) для количественных непрерывных переменных. Для долей и Me рассчитывали 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты и обсуждения. Рассчитанный ЛПИ находился в пределах 0,82-1,27, Me составила 1,0, IQR 0,95-1,08. ЛПИ ниже 0,9 выявлен у 4 пациентов (10,2%). ЛПИ от 0,9 до 1,0 выявлен у 7 пациентов (17,9%). Нормальный ЛПИ (выше 1,0) обнаружен у 28 участников (71,8%). Между пациентами, имеющими ЛПИ ниже и выше 1,0, обнаружены различия по возрасту, полу, СД и курению, но статистически не значимые.

Выводы. Наше пилотное исследование позволило получить предварительные данные о частоте и предполагаемых факторах риска патологического ЛПИ. Полученные результаты позволяют хорошо спланировать дальнейшие диагностические и обсервационные исследования для изучения влияния патологического ЛПИ на заболеваемость и смертность в разных популяциях людей.

Ключевые слова: лодыжечно-плечевой индекс, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания периферических артерий, факторы риска.

Введение

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) – это хорошо известный, не инвазивный метод выявления заболеваний периферических артерий (ЗПА), которое выявляется у 13% людей старше 50 лет. Значение $\leq 0,90$ свидетельствует об атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей, и указывает на увеличение в 2 раза риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и общей смертности в течение 10 лет [1]. В случае симптомной ЗПА риск развития инфаркта миокарда (ИМ) или инсульта еще выше, и смертность в течение 5 лет составляет 10-15% [1]. По другим данным, ЛПИ ниже 0,9 является предиктором снижения функции почек в западной популяции [2], а аномально высокий индекс (выше 1,4) указывает на повышенный риск сердечно-сосудистых событий и смертности [3]. Многочисленные эпидемиологические исследования предположили, что ЛПИ имеет U-образную зависимость с ССЗ и со смертностью от всех причин [4]. Эти данные указывают на важность определения ЛПИ для ведения пациентов с различной локализацией атеросклероза. Однако

распространенность патологических значений ЛПИ варьирует в разных популяциях очень широко, от 6,5% до 40% и выше [5, 6]. Поскольку эпидемиологических данных по частоте отклоняющихся от нормы значений ЛПИ у жителей Казахстана нами не найдено, инициировано пилотное исследование для изучения патологического ЛПИ как критерия заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК), одной из форм ЗПА, в г. Актобе.

Методы

Пилотное исследование проведено в удобной выборке пациентов, находившихся в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) г. Актобе в период проведения измерений и сбора материала. Согласие на участие дали 40 человек, 1 пациент с неполными данными был исключен из исследования; итоговый анализ проведен для 39 участников. ЛПИ рассчитывали делением систолического артериального давления (САД), измеренного на лодыжке, на величину САД на плече. САД измеряли методом Короткова. Интерпретацию ЛПИ проводили согласно рекомендациям европейским рекомендациям (ЕОК/ЕОСХ) по диагностике и лечению заболеваний

периферических артерий 2017: аномально низким ЛПИ считали показатель менее 0,9, пограничным – в диапазоне 0,9-1,0, нормальным – 1,0-1,4, аномально высоким – выше 1,4 [3]. Сравнили характеристики пациентов с ЛПИ ниже 1,0 (группа – патология) и с ЛПИ равным и выше 1,0 (группа – норма).

Статистическая обработка данных проведена в Statistica 10. Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, медианами (Me) и интерквартильными размахами (IQR) для количественных непрерывных переменных. Для долей и Me рассчитывали 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты

Средний возраст пациентов составил 49 лет (38-61), размах – от 19 до 87 лет; женщин было 22 (56,4%), мужчин – 17 (43,6%). Курили 6 пациентов, что составило 15,4% от всех участников, количество выкуриваемых сигарет было 10-20 в день. Основным диагнозом, по поводу которого участники исследования были госпитализированы и получали лечение, были заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 9 (23,7%), болезни нервной системы – 16 (41%), сердца – 6 (15,4%), органов дыхания (БОД) – 3 (7,7%), мочевыделительной системы – 3 (7,7%), травмы – 2 (5,1%). Сопутствующий сахарный диабет (СД) 2 типа имели 4 пациента (10,3%), стаж диабета был от 5 до 30 лет. Артериальную гипертензию (АГ) имели 19 человек (48,7%), из них 2 пациента имели 1 степень АГ, двое – 2 степень, 15 человек – 3 степень АГ. Инфаркт миокарда на момент исследования или в анамнезе имели 5 человек (12,8%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) на момент исследования или в анамнезе имели 12 пациентов (30,8%). Указали на наличие перемежающейся хромоты 4 пациента (10,3%).

САД на лодыжках был в диапазоне от 80 до 180 мм рт.ст., медиана – 120 мм рт.ст., IQR 110-140 мм рт.ст., САД на плечевых артериях был в диапазоне от 90 до 170 мм рт.ст., медиана – 120 мм рт.ст., IQR 110-140 мм рт.ст. Рассчитанный ЛПИ находился в пределах 0,82 – 1,27, Me составила 1,0, IQR 0,95 – 1,08.

ЛПИ ниже 0,9 (от 0,82 до 0,89) выявлен у 4 пациентов (10,2%). Все они мужчины в возрасте от 46 до 69 лет (Me – 63 года). Никто из них не указал на боли в ногах при ходьбе. Наличие курения и АГ отмечено у 2 пациентов (50%), СД, ИМ и ОНМК у 1 из 4-х (25%). Пациент с самым низким ЛПИ в выборке (0,82) 65 лет, курит, страдает АГ 3 степени, перенес ИМ и ОНМК.

ЛПИ от 0,9 до 1,0 выявлен у 7 пациентов (17,9%). Нормальный ЛПИ (выше 1,0) обнаружен у 28 участников (71,8%). ЛПИ выше 1,4 не выявлен ни у одного пациента. Между пациентами, имеющими ЛПИ ниже и выше 1,0, обнаружены различия по возрасту, полу, СД и курению (таблица), но статистически не значимые.

Обсуждение результатов

Среди пациентов многопрофильного стационара, среди которых были пациенты, имеющие и не имеющие ССЗ и факторы риска ССЗ, авторами обнаружена высокая частота патологического риска, ниже 1,0, ЛПИ – 28,2%. Частота аномально низкого ЛПИ в нашей выборке составила 10,2%, пограничного ЛПИ – 17,9%. При сравнении пациентов двух групп («патология» и «норма») выявлено, что пациенты с нормальным ЛПИ моложе в среднем на 12 лет пациентов с аномально низким и пограничным ЛПИ; в группе с худшими значениями почти в 2 раза больше мужчин (63,6% против 35,7%), в 5 раз больше курильщиков (36,4% против 7,1%) и в 2,5 раза больше пациентов с СД (18,2% против 7,1%), хотя широкие доверительные интервалы не позволили авторам вынести

Таблица. Характеристики пациентов с ЛПИ ниже 1,0 и нормальным показателем ЛПИ.

| Критерий | Группа – патология ЛПИ<1,0 (n=11) | Группа – норма ЛПИ≥1,0 (n=28) |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Возраст, лет | 59 (46-67) | 47 (36,5-59) |
| Доля мужчин, % | 63,6% (95% ДИ 35-92%) | 35,7% (95%ДИ 18-53%) |
| САД на лодыжках | 110 (100-140) | 125 (110-147) |
| САД на плечах | 120 (110-150) | 120 (110-135) |
| ЛПИ | 0,92 (0,88-0,93) | 1,0 (1,0-1,095) |
| Доля пациентов с АГ 3 степени | 36,4% | 39,3% |
| Доля пациентов с ОНМК | 27,3% | 32,1% |
| Доля пациентов с ИМ | 18,2% | 10,7% |
| Доля пациентов с СД | 18,2% | 7,1% |
| Доля курящих | 36,4% (95% ДИ 8-65%) | 7,1% (95% ДИ (-2 -17%)) |
| Доля пациентов с ПХ | 9,1% | 10,7% |

суждений о случайности полученных различий. По данным литературы, среди здоровых мужчин молодого и среднего возраста частота ЛПИ ниже 1,0 встречается у 6,5% обследованных [6]. В недавнем российском исследовании среди лиц с ОНМК распространенность патологического ЛПИ составила 40,8% [5]. Сравнить полученные авторами в пилотном исследовании с результатами других исследований и делать какие-либо выводы считаем некорректным из-за малой и неслучайной выборки, а также грубого измерения САД. Полученные данные представлены для планирования дальнейших исследований, расчета размера выборки и планирования дизайна обсервационного или экспериментального исследования.

Мы также обнаружили отсутствие статистически значимых взаимосвязей между клиническими и анамнестическими характеристиками пациентов, которое можно объяснить уже упомянутыми выше ограничениями данного исследования. Хотя можно предположить более худшие показатели ЛПИ у мужчин, курильщиков, пациентов пожилого и старческого возраста и диабетиков, что согласуется с современными знаниями о факторах риска атеросклероза.

Мы обнаружили, что у 10 из 11 пациентов с ЛПИ ниже 1,0 (91%), нет симптомов ЗАНК, но эти данные также требуют дальнейших исследований и более точных методов диагностики.

Использование изучаемого индекса в качестве скринингового теста рекомендуется международным консенсусом. ЛПИ \leq 0,90 имеет чувствительность 75% и специфичность 86% для диагностики ЗАНК; его чувствительность ниже у пациентов с диабетом или ХПН в конечной стадии из-за наличия кальцификации меди [7]. Данный тест позволяет сделать предварительную оценку и сформировать показания для дальнейших диагностических обследований, например, ультразвуковые и др. Этот тест является также хорошим инструментом для стратификации риска ССО. Однако, наше пилотное исследование, результаты российских ученых пока не показали высокой надежности ЛПИ, что совпадает с результатами систематического обзора Crawford F. с соавторами (2016 г.).

Выводы

На сегодняшний день недостаточно исследований по ЛПИ. Наше пилотное исследование позволило

получить предварительные данные о частоте и предполагаемых факторах риска патологического ЛПИ. Полученные результаты позволят хорошо спланировать дальнейшие диагностические и обсервационные исследования для изучения влияния патологического ЛПИ на заболеваемость и смертность в разных популяциях людей.

Список литературы:

1. Рекомендации ЕОК/ЕОСХ по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий 2017. Российский кардиологический журнал 2018;23(8):164–221. [http://dx.DOI.org/10.15829/1560-4071-2018-8-164-221](http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-8-164-221)
2. Foster MC, Ghuman N, Hwang SJ, Murabito JM, Fox CS. Low ankle-brachial index and the development of rapid estimated GFR decline and CKD. *Am J Kidney Dis.* 2013;61(2):204–210. DOI:10.1053/ajkd.2012.07.009
3. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C et al. Measurement and interpretation of the Ankle-Brachial Index: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012 Dec 11; 126(24):2890–2909. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e318276fbc6>
4. Hiroshi S, et al. Ankle-Brachial Index is a Predictor of Future Incident Chronic Kidney Disease in a General Japanese Population. *Journal of atherosclerosis and thrombosis.* April 2019 DOI: 10.5551/jat.47779
5. Сумин АН, Колмыкова ЮА, Кухарева ИН, Отт МВ, Сумин ДА, Водопьянова НИ, Морквенас АА, Трубникова ОА, Коваленко АВ. Патологический ЛПИ у больных с острым нарушением мозгового кровообращения: распространенность и факторы, ассоциированные с его наличием. Атеросклероз и дислипидемии. 2016;2(23):48–57. <https://DOI.org/10.20996/1819-6446-2016-12-6-638-644>
6. Гаврилова НЕ, Жаткина МВ. Лодыжечно-плечевой индекс: расширение диагностических возможностей. *Кардиология: новости, мнения, обучение.* 2017;3(14):47–50. DOI: 10.24411/2309-1908-2017-00005
7. Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD010680. DOI: 10.1002/14651858.CD010680.pub2.

ТҮЙІН

Д.С. ТЕМИРЗАКОВА, Г.Б. КАЗИКЕНОВА,
Л.М. ЖАМАЛИЕВА, Б.К. ЖОЛДИН,
А.А. ЖАУБАТЫРОВА

**ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚОЛДАНУ ҮШІН
ТОБЫҚ-ИЫҚ ИНДЕКСІНІҢ ПОТЕНЦИАЛЫ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Өзектілігі. Тобық-иық индексі бүгінгі таңда перифериялық артериялар және аяқ артериялар аурулардың скринингтік әдісі, және де жүрек-қан тамырларының ауру-сырқаулық пен өлім, бүйрек функциясының бұзылуы және барлық өлімдердің себептерінің предикаторы болып табылады. Бірақ, патологиялық ТИИ таралушылығы мен тәуекел факторлары туралы деректер әртүрлі.

Мақсаты – Ақтөбе қаласында аяқ артериялар ауруларының критерий ретінде ТИИ зерттеу үшін сынамалы жобаны жүргізу.

Зерттеу әдістері. Сынамалы жоба Ақтөбе қаласының жедел медициналық жәрдем ауруханасында пациенттердің ыңғайлы іріктеуімен өткізілді. Систолалық артериалдық қан қысымы Коротков әдісімен анықталды. Тобық-иық индексінің талдауы 2017 еуропалық перифериялық артериялар ауруларын диагностикалау мен емдеу ұсынымдарымен жасалынған. Пациенттердің іріктеуі мен сипаттамасы категориялы мағыналардың жиілігімен, медианалармен (Me) және интерквартильді қарқындармен көрсетілді. Үлестер мен медианаларға 95% сенімгерлік межелемесі есептелді.

Нәтижелер мен талқылаулар. Есептелген ТИИ 0,82-1,27 шегінде болған, Me 1,0, IQR 0,95-1,08 құрады. 0,9 төмен ТИИ 4 пациенттерде (10,2%) анықталды. 0,9-1,0 ТИИ 7 пациенттердің арасында (17,9%) анықталды. Қалыпты ТИИ (1,0 астам) 28 қатысушылардың арасында (71,8%) анықталды. 1,0 төмен және 1,0 астам ТИИ пациенттердің арасында жас, жыныс, ҚД және шылым шегу айырмашылықтары бар, бірақ статистикалық маңызсыз.

Қорытынды. Сынамалы жоба патологиялық ТИИ болжалды тәуекел факторлары туралы алдын ала деректер алуды көмектесті. Алынған нәтижелер патологиялық ТИИ түрлі популяцияларда ауру-сырқаулыққа және өлімге әсері туралы болашақ диагностикалық және обсервациялық зерттеулерді жоспарлауға көмектеседі.

Негізгі сөздер: тобық-иық индексі, жүрек-қан тамырларының аурулары, перифериялық артериялар аурулары, тәуекел факторлары.

SUMMARY

D.S.TEMIRZAKOVA, G.B.KAZIKENOVA,
L.M.ZHAMALIYEVA, B.K.ZHOLDIN,
A.A.ZHAUBATYROVA

**POTENTIAL OF THE ANKLE-BRACHIAL
INDEX FOR USE IN GENERAL PRACTICE: THE
RESULTS OF A PILOT STUDY**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The ankle-brachial index is currently regarded as a screening method for diagnosing diseases of the peripheral arteries and arteries of the lower extremities, in particular, as well as a predictor of cardiovascular morbidity and mortality, impaired renal function, and all-cause mortality. However, data on the prevalence and risk factors of the pathological ankle-brachial index are dissimilar.

Purpose: to conduct a pilot research to study the ankle-brachial index as a criterion for lower limb artery disease (LLAD) in Aktobe.

Materials and methods. Pilot research was conducted in a convenient sample of patients (n = 39) of Aktobe Emergency Hospital. SAP was measured by Korotkov's method. Interpretation of ABI was carried out according to the European recommendations for the diagnosis and treatment of peripheral artery disease (2017) A sample of patients and their characteristics are represented by frequencies for categorical variables, medians (Me) and interquartile ranges (IQR) for quantitative continuous variables. For proportions and Me, a 95% confidence interval (CI) was calculated.

Results and discussion. The calculated ABI was within 0.82 - 1.27, Me was 1.0, IQR 0.95 - 1.08. ABI below 0.9 was identified in 4 patients (10.2%). ABI from 0.9 to 1.0 was identified in 7 patients (17.9%). Normal ABI (above 1.0) was detected in 28 participants (71.8%). Between patients with ABI below and above 1.0 were differences in age, sex, diabetes and smoking, but not statistically significant.

Conclusion. Our pilot research provided preliminary data on the frequency and suspected risk factors for pathologic ABI. The results will help to plan further diagnostic and observational researches to study the effect of pathological ABI on morbidity and mortality in different populations

Keywords: ankle-brachial index, cardiovascular diseases, peripheral artery diseases, risk factors.

УДК 613.955:616-001.2:004

МРНТИ 76.33.31

А.М. ТӨЛЕГЕНОВА, Р.Н. КУРМАНГАЗИНА, А.М. ЕРБОЛАТОВА, Г.Т. БЕРІКБАЙ,
И.С. САПАРОВА, Д.А. БУЛЫГИНА, М.К. НАЗАРБАЕВА, Э.Б. НУРБАУЛИНА**ЗАМАНАУИ СМАРТФОНДАРДЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ
ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшілері: М.К. Назарбаева, Э.Б. Нурбаулина

Заманауи смартфондардың Ақтөбе қаласының орта мектеп және интернат оқушылары денсаулығына әсері туралы Google платформасында бір мезетте online - сауалнама негізінде жүргізілді. Ұялы телефондардың мектеп оқушыларының денсаулығына теріс әсерін анықтау үшін смартфондарды пайдалану бойынша кешенді шараларды енгізу ұсынылып, Қазақстан Республикасындағы СанЕжН енгізуге ұсыныс берілді.

Негізгі сөздер: әсер, смартфондар, мектеп оқушылары, денсаулық, жасөспірімдер.

Кіріспе

Біздің көпшілігіміз өз тіршілігін заманауи өмірдің техникалық жаңашылдығы - гаджетсіз елестете алмайды. 2014 жылғы ДДҰ ұйғарымы бойынша, 6.9 млрд-қа жуық абонент мобильді телефондарды бүкіл аймақта қолданады [1,17]. Күні бойы мектеп жасындағы балалардың «виртуальды мобильді өмір» тұңғығына батып кетіп отыратыны да жалған емес. Шынайы өмір мен виртуальды өмірді біріктіріп, сонымен қатар көп уақытын виртуальды өмірмен өткізетін балалар саны жыл сайын артып келеді. Ата-аналар балаларды жұбатудың, алаңдатудың және бала дамуының өркениеттік құралы деп есептейді. Ересектердің бұл көзқарасы электронды ойыншықтардың бала көңілін аулау нәтижесінде ата-ананың бос уақыты мен күшін жұмысы мен жеке өмірлеріне жұмсауына мүмкіндік беруі арқылы расталады. Коммуникацияның адами құндылықтарды алмастыруы мен араласуы, отбасылық өмірге электронды суррогаттың енуі тіршілік үшін өте қауіпті, себебі ол баланың психикалық, әлеуметтік, мәдени және рухани дамуының қалыпты коды мен алгоритмін бұзады. Осылайша баланың психикалық, эмоционалды, коммуникативті, әлеуметтік, рухани және сөйлеуді дамытуындағы жетекші рөлін төмендетіп, нәтижесінде баланың мінез-құлқына әсер ету қабілетін жоғалтады. Ата-ананың бала өміріндегі рөлі алмасады, бала ата-ананы «гаджеттерді сақтаушы» немесе сүйікті құралына жетер жолындағы айқын кедергі ретінде ғана көреді [2,3,14]. Бала денсаулығының теріс динамикасы, әсіресе кеңінен тараған, миопия секілді аурулар медициналық, әлеуметтік, педагогикалық мәселеге айналып, аса назар аудартып, заңға сәйкес зерттеулер нәтижесінде расталған [4,5,6,7].

Қазақстанның ең ірі Алматы қаласында 2018 жылы жүргізілген статистикаға сәйкес тексеруінде, балалардың 18%-ынан көбі соматикалық бұзылыстан осы және басқа да түрімен зардап шегетіні және көру мүшесінің патологиясы алғашқы орын алатыны анықталған. Бұл жағдайды зерттеушілер балалардың гаджеттерден алатын жүктеме әсерімен байланыстырады [9].

Ақиқатында, балалардың түрлі мобильді құрылғы мен компьютерлерді мектеп жасынан бастап қолдануы, олардың бастауыш сыныптардан бастап көз көруінің нашарлауы қауіпмен ғана емес, сонымен қатар гаджеттерге тұрақты тәуелділік туындап, бірнеше психологиялық ауытқушылықтардың (тұйықталу, бөлектену, қоршаған ортаны адекватты қабылдаудың бұзылуы т.б.) туындауына әкелуі және де әлеуметтік интеграцияда қиындықтар пайда болуы мүмкін. Сондықтан, мектеп оқушыларында интернетке тәуелділік дамуы және смартфонның денсаулыққа әсері - қазіргі заманғы елеулі мәселе [8, 10].

Зерттеу мақсаты

Ақтөбе қаласының мектептерінде смартфон қолдану бойынша оқушылар денсаулығына әсері болуын зерттеу.

Зерттеу әдістері

Біздер Ақтөбе қаласы мектептерінің оқушыларына арналған 21 сұрақты құрастырып, Google платформасында 464 оқушыға (7-11 сынып) бірмезгілдік on-line сауалнама жүргіздік. Зерттеуге қатысуға барлық ата-аналар on-line ақпараттық келісім берді. Осы оқушылардың медициналық карталары (№026-у ф) тексерілді. Зерттелетіндер келесі топтарға бөлінді: бірінші топ - №25 орыс орта мектебі (ОМ) - 158, екінші топ - №30 қазақ орта мектебі (ҚМ) -155 оқушыға оқу процесі кезінде телефон пайдалануға тыйым салынбаған және бақылау топ - физика-математика мектеп-интернаты (ФМ) -151 оқушыға телефон пайдалануға тыйым салынған. Нақтылық көрсеткішін бағалау үшін Пирсон Хи-квадрат, Краскела-Уоллис, IBM SPSS Statistics 25 критерийін қолданылды. Нәтижелері $p < 0,05$ кезінде статистикалық мәнді болып саналды [11-13].

Нәтижелер мен талқылаулар

Сауалнаманың сұрақтарына жауап берген бойынша қарағанда, зерттеуге қатысқан оқушылардың жынысы бойынша ер бала және қыздар жалпы пайыздық саны ОМ және ФМ салыстырмалы бірдей, ал ҚМ қыздар саны (61%) басым болды (диаграмма1).

Қатысқан оқушылар 11-18 жас аралығында болғанымен: ОМ 13, 14, 15 жастан 23; 22; 27%, ҚМ 15, 16

жастан 32;33%, ФМ 15, 18 жастан 26; 22% басым болды (диаграмма 2).

Сауалнамаға ҚМ 43,2% 9 сынып, ОМ, 26,6% 9 сынып, ФМ 31,1% 7 сынып және 24,5% 11 сынып оқушылары көп пайызда жауап берсе, қалғандары 8-23 % құрады.

Зерттелген үш мектепте де барлық оқушыларда жеке ұялы телефоны 96-100% бар болғанын, тек 9 (1-4%) оқушыда жоқтығы анықталды ($p=0,04910$) (диаграмма 3, 4).

ФМ мен ҚМ оқушыларының 49% телефонды 5 жасқа дейін, ал 51% 6 мен 10 жас аралығында пайдаланғанын көрсек ($p=0,17590$), ал ОМ оқушылары 45% 5 жасқа дейін және 55% 6 мен 10 жас аралығында пайдалана бастаған ($p=0,0005$) (диаграмма 5).

Сауалнама сұрастыруында үш мектепте бірінші - оқушылар көбіне хабарласу 35; 44; 43%, екінші - әлеуметтік желіге кіру үшін (фейсбук, инстаграмм, твиттер, контакта, кластастар) 16; 19; 18%, үшінші орында ән тыңдау үшін пайдаланатыны - 13; 9; 13% әрқайсысына сәйкес болды (диаграмма 6).

ОМ 75% калькулятор есебіне, ҚМ 52% оқу жоспарын сақтау үшін пайдаланса, онда ФМ осы екеуіне бірдей 45%; 49% оқушылары қолданылады

($p=0,00001$). Сұрастыру барысында үш мектепте де қымбат соңғы маркалы (Samsung, Iphone, Huawei) пайдаланатыны және 60% заманауи қызметі бар смартфондар таңдайтыны анықталды (диаграмма 7, 8).

Барлық 94-99% мектеп оқушылары телефонның адам ағзасына әсері туралы ақпараттандырылған. Оның мәні үш мектепте айтарлықтай айырмашылығы жоқ ($p=0,01986$).

Оқушылардың көп бөлігі телефонның адам ағзасына тигізетін әсері - көз көруінің нашарлауы нұсқасын ҚМ 72%, ФМ 70%, ОМ 47% таңдады. Одан басқа қатысушылардың орташа 20% бас ауырсынуы және 13% сәулелену жауабын белгілесе, ал білмейтіндер 1-3%-дан аспады. (диаграмма 9, 10).

Жауап берушілердің басым бөлігі, әсіресе 73 ОМ, 59 ҚМ, 58% ФМ қалтасында ұстайды ($p=0,007$).

Сөйлесу кезінде 74 ФМ, 70 ҚМ, 66 % ОМ оқушылар телефонды оң құлағына, осы мектептерге сәйкес 8; 9; 9% сол құлағына жақын ұстайтыны анықталды. Бұл үш топта статистикалық айырмашылық жоқтығын ($p=0,44523$) көрсетеді.

Сауалнама барысында 35% ОМ ұялы телефонға тәуелді және ФМ 83% оқушылары тәуелді емес екендігін көрсетті ($p=0,00139$) (диаграмма 11, 12). ФМ мектебінде телефондарға бес күн бойы тек сабақ кезінде тыйым салынады. Бірақ келесі 14 диаграммада тәулік ішінде телефонға хабарласу жиілігі 2-3 реттен бірнеше ретке дейін пайыздары жоғары (диаграмма 13, 14). Мүмкін, сауалнамаға қатысушылар осы зерттеу нәтижесінде смартфон қолдануға тыйым салынатын шара деп жасыру ойымен жауаптары шынайы емес болуы ($p=0,06053$).

ФМ сабақ уақытында смартфонды қолданбағанмен, демалыс күндері үйлеріне кеткен кезде күндіз-түні көбірек қолданады екен.

83% ФМ, 73% ҚМ сабақ кезінде сөндіргенмен, жартысынан көбі 53% ОМ және алдыңғы екі топтардағы оқушылар мүлдем телефон сөндірмейтіндер жоқ болды ($p=0,00001$).

Ұйықтаған уақытта телефонның қай жерде орналасуына байланысты қойылған сауалға: ФМ 46%; ҚМ 33% оқушылары сөндіріп қоятындарын көрсеткен. Ал ОМ 34% оқушылары қолында болғанын қалайды. Үш топтада оқушылар «маған бәрібір» деген жауапты 17%-ден 29% дейін таңдаған. Көрші бөлмеге де оқушылардың шамалы пайызы телефондарын қалдыратыны көрсетілген ($p=0,000001$) (диаграмма 15, 16).

Смартфонды оқу кезінде қолдануға уақытша тыйым салынған ФМ оқушылары 62% «бәрібір» дегенмен, 7% жайсыз сезінеді, оны барлығы ішкі тәртіпке мойынсынғанымен түсіндіруге болады. Ал екі мектепте тыйым салынбаған жайсыз сезінеуі жоғары деңгейде (35; 24%), оны оқу процесінде ескерту жүргізумен байланыстыра аламыз.

Зерттеу кезінде оқушылардың ағзасында төменгі түрлі өзгерістер болуын анықтадық [17,18-21].

1. GOOGLE эффектісі бұл сіз барлық ақпаратты осы жерден таба алатыныңызға сенімді болуы.



Диаграмма 1. Зерттелген топтағы оқушылар % саны



Диаграмма 2. Топтағы оқушылардың жасқа бөлінуі

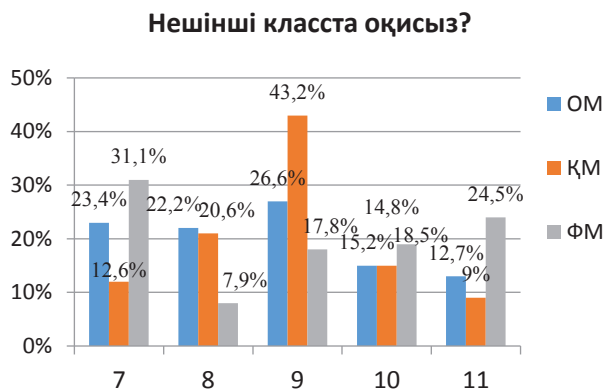


Диаграмма 3 Топтағы оқушылардың сынып бойынша бөлінуі



Диаграмма 4. Топтағы оқушыларда смартфон бар-жоқтығы

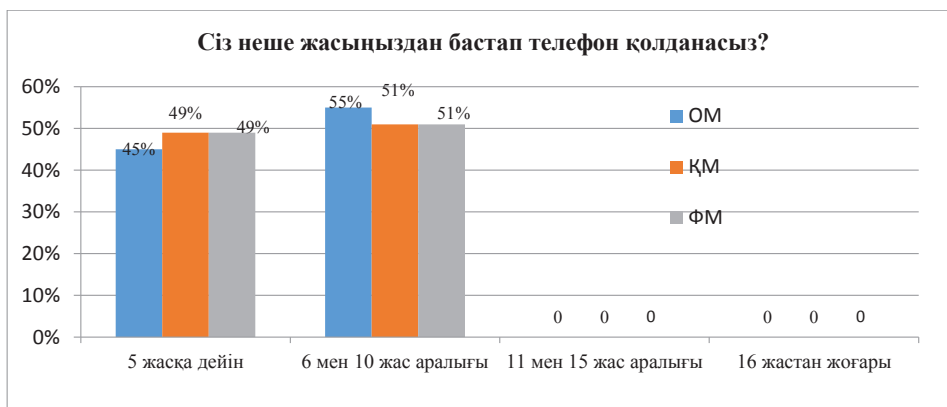


Диаграмма 5. Топтағы оқушылар неше жасынан телефон қолданғандығы жөнінде



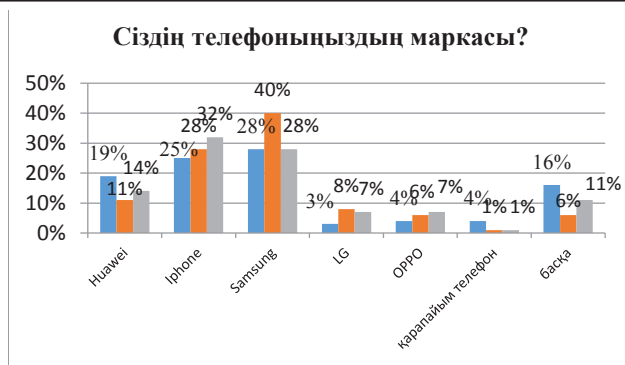
Диаграмма 6. Топтардағы оқушылардың гаджет пайдалану мақсаты

2. Гаджетомания эффектісі - қажеттілігі жоқ жаңа гаджеттерді алуға құмарлық.
3. Фантомды қоңырау - сізге біреу қоңырау шалғандай елестейді симптом.
4. Туннельді синдром - ұялы телефонды немесе компьютерлік тышқанды жиі және ұзақ уақыт ұстайтын қолыңызда ауырсынудың пайда болуы.
5. Номофобия (байланысты жоғалтуға қорқатындықтан пайда болатын үрей және қорқыныш белгілері мен жағдайы, соған байланысты барлық қоңыраулар мен СМС-терді үнемі тексереді және телефонын өшірмейді).

6. Тәуелділік (жұмыстан немесе ойыннан алаңдатқанда ашулануы).
 GOOGLE эффектісі әсері оқушылардың жартысына жуық кездеседі, яғни 54 % ФМ; 50% ҚМ; 47% ОМ алып отыр. Басқа да көрсетілген зиянды әсерлер 1% -дан 21% дейін өсуін 18 диаграммада көрінеді.
 Зерттеу барысында 3 мектептің оқушыларының медициналық картасы бойынша миопия меншіктік пайызы, әр класс сайын прогрессивті түрінде өсуін көреміз (диаграмма 19).
 Яғни, миопия әсіресе ФМ және ҚМ оқушылар арасында 38%; 20%-дан 36;55% дейін, ал ОМ 11 класс



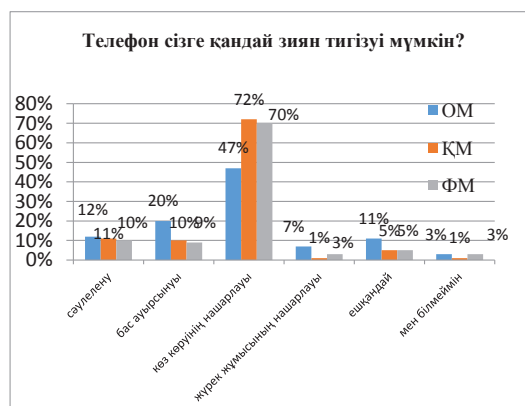
Диagramма 7. Topтардағы оқушылардың оқу мақсатында пайдалануы;



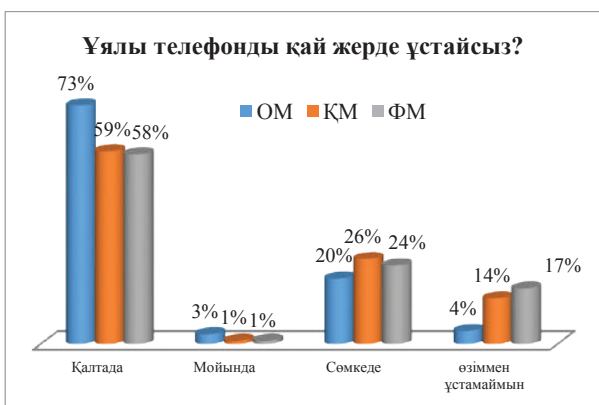
Диagramма 8. Topтардағы оқушылардың смартфон маркаларын пайдалануы



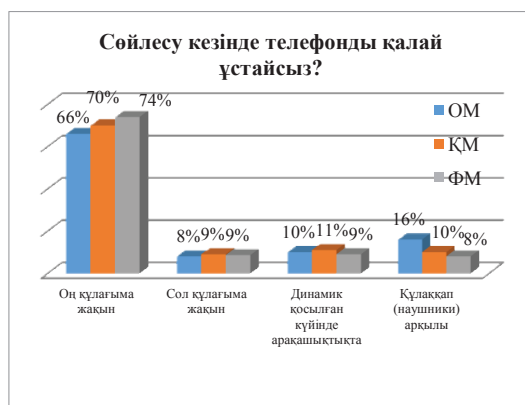
Диagramма 9. Topтардағы оқушылардың телефонның адам ағзасына әсерін білу-білмеуі;



Диagramма 10. Topтардағы оқушылардың телефонның адамға зияны туралы таңдауы адам ағзасына әсері туралы ақпараттануы.



Диagramма 11. Topтардағы оқушылардың телефонды жиі пайдалануы



Диagramма 12. Topтардағы оқушылардың сөйлесу құралын ұстайтын орны

арасында 41% жоғары болды. Сколиоз деңгейі ҚМ 8,10 класта 13%;7% болса, ФМ 7-ден 11класта 2% -дан 7%-ға өсуі анықталды.

Қорытынды

№30 ҚМ, №25 ОМ және ФМ оқушылар арасында статистикалық зерттеу нәтижесінде, смартфондарды қолдануы бойынша ерекшеліктер анықталмады. Үш мектепте де 6 жастан 51-55% қолдана бастаған. Балалардың 100%-да жеке ұялы телефондары бар және 96%

ағзаға әсері туралы білгенімен, ҚМ және ОМ сабақ уақытында шектеусіз телефон қолданса, ФМ оқушылары демалыс күндері үйлеріне барғанда, күндіз-түні көбірек қолданады екен. Жауап берушілердің басым бөлігі, әсіресе 73% ОМ, 59% ҚМ, 58% ФМ қалтасында ұстайды. GOOGLE эффектісі әсері оқушылардың жартысында жуық кездесті, яғни 54 % ФМ; 50% ҚМ; 47% ОМ алып отыр. Басқа да көрсетілген зиянды әсерлер 1% -дан 21% дейін өсуі байқалады. Оқушылардың ме-

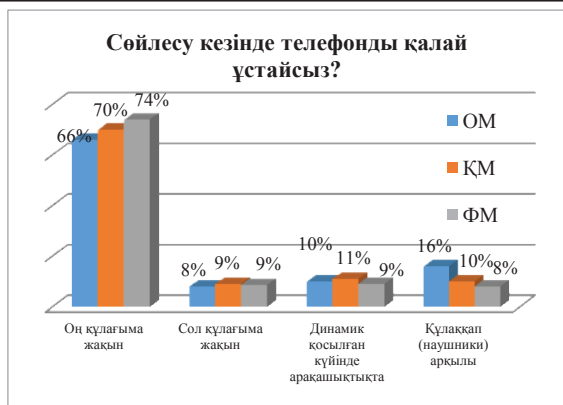


Диаграмма 13. Топтардағы оқушылардың сөйлесуі

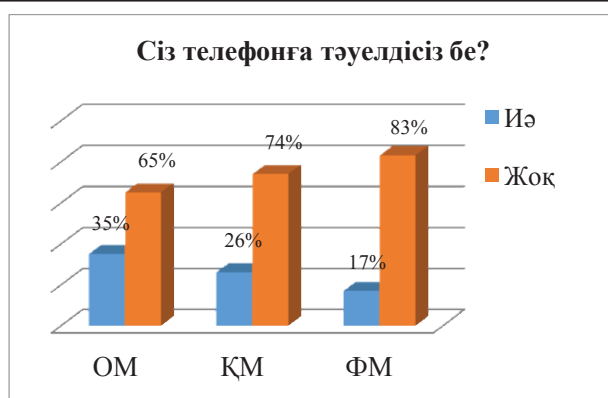


Диаграмма 14. Топтардағы оқушылардың телефонға тәуелділігі туралы

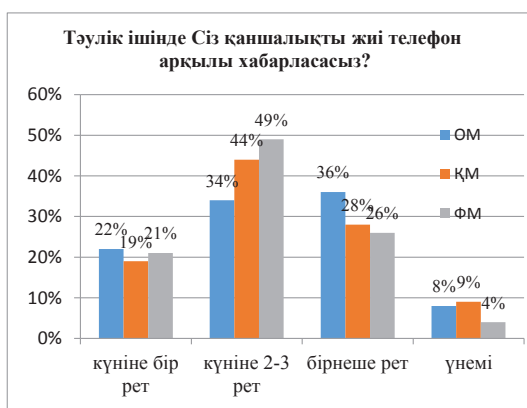


Диаграмма 15. Топтардағы оқушылардың тәулік ішінде телефонға хабарласу жиілігі

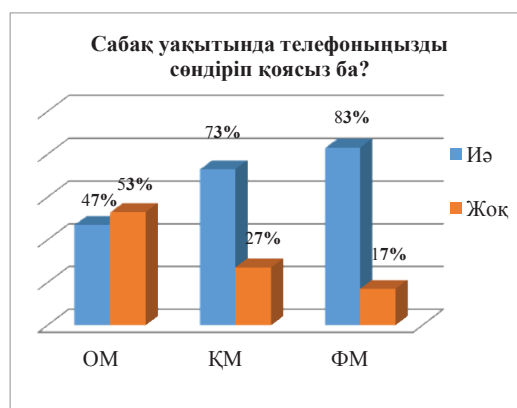


Диаграмма 16. Топтардағы оқушылардың сабақта;



Диаграмма 17. Топтардағы оқушылардың ұйықтаған кезде телефоны сөніп тұруы телефонды қою орны

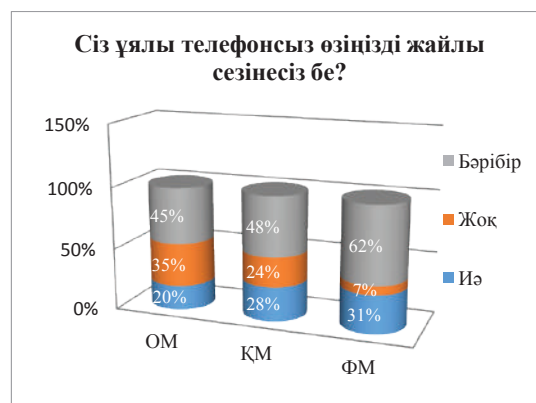


Диаграмма 18. Топтардағы оқушылардың телефонсыз өзін сезінуі

дициналық карталарын зерттеу нәтижесі әр класс сайын миопияның прогрессивті түрде өсуін байқалады. Әсіресе ФМ және ҚМ оқушылар арасында 38%; 20%-дан 36;55% дейін, ал ОМ 11 класс арасында 41%. Ал сколиоз деңгейі ҚМ 8,10 класта 13%; 7% болса, ФМ 7-ден 11 класта 2% -дан 7%-ға өсуі анықталды.

Сонымен, қазіргі таңда телефоннан толық қол үзу мүмкін емес. Бірақ ағзаны артық сәулеленуден, нега-

тивті әсерінен қорғау үшін ұялы телефонды қолдану ережелерін сақтағаныңыз жөн.

Сондықтан, біздер келесі ұсыныстарды ұсынуды жөн көрдік. Ата-аналардың жеткіліксіз ақпараттандырылуы, гаджеттердің қолжетімділігі, мектептерде көз көруінің бұзылысы мен омыртқа жотасының қисаюы, және олардың коррекциясының тиімді жүйелі алдын

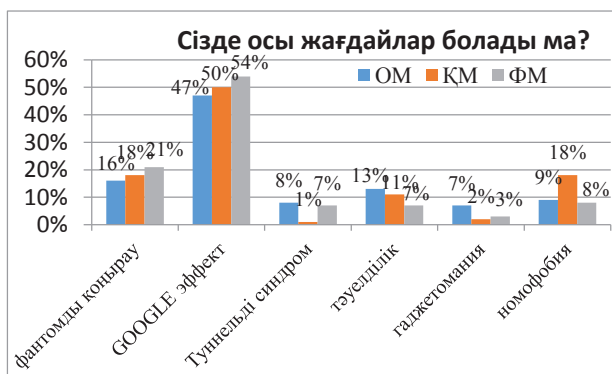


Диаграмма 19. Топтардағы оқушыларда зиянды түрлі өзгерістер жайлы сезінуі

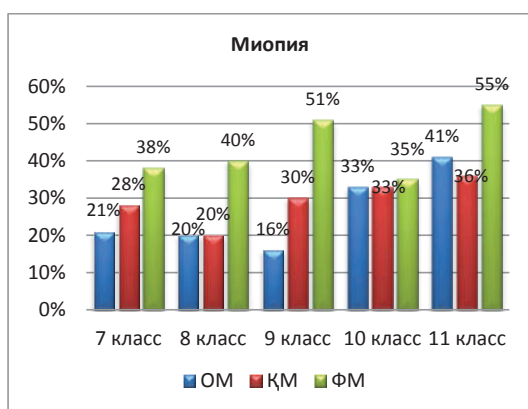


Диаграмма 20 Топтардағы оқушыларда миопияның % көрсеткіші

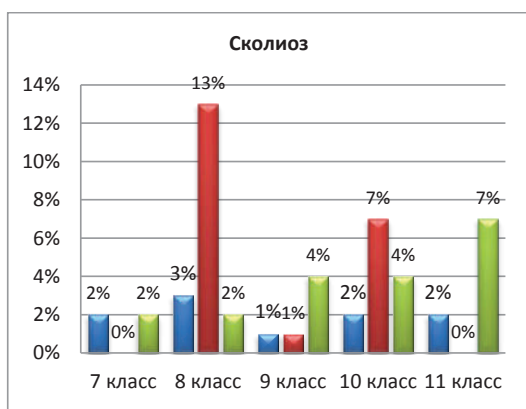


Диаграмма 21 Топтардағы оқушыларда сколиоздың % көрсеткіші

алу шараларының болмауы балаларға рациональды режим қалыптастыру, сондай-ақ мұғалімдер, ата-аналар және мектептегі медицина қызметкерлерінің бірлесуі мен әрекет ету маңыздылығы анықталады. Осыған орай, біз ұялы телефондарды мектептерде қолдану бойынша Қазақстан Республикасында СанЕЖН енгізуін ұсынамыз.

Адам денсаулығына ұялы байланыстың зиянды әсеріне қарамастан, қазіргі таңда одан бас тарту қиын, сондықтан төменде ұялы телефонды пайдалану ережелері келтірілген [16]:

1. Телефонды сатып аларда SAR (телефонның сәулелену деңгейі) көрсеткішіне назар аударған жөн. SAR неғұрлым төмен болса, ұялы телефон соғұрлым қауіпсіз.

2. Үйде қарапайым желілік телефондарды қолданған жөн. Үзіліссіз 3-4 минуттан артық сөйлеспеген дұрыс, жиірек SMS қызметін пайдаланғаныңыз абзал.

3. Телефонмен қоңырау шалған уақытта тұтқаны сол құлаққа ұстап сөйлесуге тырысыңыз.

4. Музыканы құлаққап арқылы 10-15 минуттан артық емес тыңдаңыз.

5. Телефон дисплейіне 15 минуттан көп емес қараңыз.

6. Телефонды қаптап, сөмкенің бөлек қалтасында ұстаңыз, ешбір жағдайда ұялы телефонды мойында, киіміңіздің қалтасына салмаңыз. Ең кең таралған қателік ұйықтағанда телефонды жанына қою. Себебі ұялы телефон қай режимде болмасын үзіліссіз жұмыс жасайды.

7. Телефонды бактерицидті салфеткалармен жиі сүртіп тұрыңыз.

Әдебиеттер тізімі:

1. Заключение Всемирной организации здравоохранения. Архивировано 10 апреля 2012 года.
2. Педиатрия 9 (85) декабрь 2014;108.
3. Карпов АМ, Чудновский ЕВ, Герасимова ВВ. и др. Компьютерная деятельность детей — фактор риска психических и личностных нарушений. Тезисы докладов III международного симпозиума «Феномены природы и экологии человека». Казань, 1997;201–202.
4. Биринцева НП. Патология органа зрения у школьников. Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2016;2:10–11.
5. Выдров АС, Комаровских ЕН. Структура офтальмопатологии в Амурской области. Современные проблемы науки и образования. 2013;3:164.
6. Львов СН, Земляной ДА, Орел ВВ, и др. Офтальмопатология у школьников Санкт-Петербурга. Материалы научной конференции офтальмологов «Невские горизонты — 2012»; Санкт-Петербург, 12–13 октября. СПб., 2012;215–216.
7. Проскурина ОВ, Маркова ЕЮ, Бржеский ВВ, и др. Распространенность миопии у школьников некоторых регионов России. Офтальмология 2018;15(3):348–353.
8. Земляной ДА, Львов СН, Бржеский ВВ, Ефимова ЕЛ, Пузырев ВГ, Александрович ИВ, Сорокина МА. Особенности организации режима дня и динамика изменений рефракции у учащихся младших классов Санкт-Петербурга. Педиатр. 2018;9(6): 45–50. Pediatrician (St. Petersburg).
9. <https://www.zakon.kz/4939175-v-kazahstanskih-shkolah-nuzhno-zapretit.html>.

10. International scientific conference | www.naukaip.ru
11. http://medstatistic.ru/theory/hi_kvadrat.html
12. <http://statistica.ru/local-portals/medicine/kriteriy-kraskela-uollisa>
13. IBM SPSS Statistics 25
14. Персон Т, Торневич К. Мобильная связь и здоровье человека. Мобил. Телекоммуникации 2004;1:25–30.
15. Редковская ВЮ, Ачнасов ВВ. Влияние мобильных сотовых телефонов на здоровье человека. Научная сессия ТУСУР-2006: материалы докл. Всерос. науч.-техн. конф. студентов, аспирантов и мол.уче-ных. Томск, 2006;5:92–94.
16. Гигиеническая оценка использования мобильных телефонов студентами ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. СПб, 2016;1:62–66.
17. Лебедева В. Девайсы и гаджеты 2015;160.
18. Войскунский АЕ. Феномен зависимости от Интернета. Гуманитарные исследования в Интернете. М., 2000;100–131.
19. Вихарев, АП. Влияние сотовой связи на здоровье пользователя. Наука – производство – технологии – экология : сб. материалов конф. Киров, 2004;4:181–182.
20. Беляев ЮВ. Неврологический эффект и мобильные коммуникации. М.: Мысль, 2014.

РЕЗЮМЕ

А.М. ТӨЛЕГЕНОВА, Р.Н. КУРМАНГАЗИНА,
А.М. ЕРБОЛАТОВА, Г.Т. БЕРІКБАЙ,
И.С. САПАРОВА, Д.А. БУЛЫГИНА,
М.К. НАЗАРБАЕВА, Э.Б. НУРБАУЛИНА

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СМАРТФОНОВ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

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

На основе одномоментного online анкетирования на платформе Google проведено обследование влияния современных смартфонов на здоровье школьников средних школ и школы-интернат г. Актобе. По выявлению у данного контингента отрицательного влияния мобильных телефонов на здоровье школьников предложены введение комплексных мер по использованию смартфонов и рекомендовать разработать СанПиН в РК

Ключевые слова: влияние, смартфоны, школьники, здоровье, подростки.

SUMMARY

A.M. TULEGENOVA, R.N. KURMANGAZINA,
A. M. ERBOLATOVA, G.T. BERIKBAI,
I.S. SAPAROVA, D.A. BULYGINA,
M.K. NAZARBAYEVA, E.B. NURBAULINA

THE IMPACT OF MODERN SMARTPHONES ON THE HEALTH OF SCHOOLCHILDREN

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

On the basis of a single-step online questionnaire, a survey of the impact of modern smartphones on the health of schoolchildren and the boarding school in Aktobe was conducted on the Google platform. To identify the negative impact of mobile phones on the health of schoolchildren it was proposed to introduce comprehensive measures on the use of smartphones and recommend the development of Sanitary Rules and Regulations in the Republic of Kazakhstan.

Keywords: influence, smartphones, schoolchildren, health, teenagers.

УДК 616.24-002:615.099.036.8(574.31)

МРНТИ 76.29.29

А.В. ЧЕРНЕЦКИЙ

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ ПНЕВМОНИИ И ГРИППА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Научный руководитель: Л.К. Ибраева

Проблема пневмонии, несмотря на снижение смертности от нее в динамике, требует мониторинга эпидемиологических показателей в пологовозрастном и региональном аспектах.

Цель. Анализ смертности по причине пневмонии и гриппа в Карагандинской области.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный (за 2008-2017 гг.) анализ показателей смертности по причине пневмоний и гриппа, полученных в Карагандинском филиале Департамента статистики и Республиканском центре электронного здравоохранения (РЦЭЗ), с описанием структуры и динамики в сравнении со среднереспубликанскими данными, а также интегрального показателя потери лет от преждевременной смертности с подсчетом прямых экономических потерь от валового внутреннего продукта (ВВП) по региону.

Результаты и выводы. При анализе смертности по причине пневмонии в Карагандинской области выявлена относительно стабильная динамика с превышением среднереспубликанского уровня в 1,4 раза. В структуре смертности от болезней органов дыхания всего населения пневмонии занимали 49,9%, у трудоспособного населения – 63,4±3,5%, у детей до года – 82,8%. Уровень смертности по причине пневмонии у городского населения был достоверно выше, чем у сельского населения в 1,7 раза. Показатели смертности от пневмонии имели линейную зависимость от возраста и достигали максимума в пожилом возрасте. Минимальные показатели были выявлены в возрастной группе 10-14 лет. Смертность мужчин трудоспособного возраста по причине пневмоний превышала показатели для женского населения за исследуемый период в среднем в 2,9 раза. Прямые медико-социальные потери от пневмоний трудоспособного населения в Карагандинской области составили 0,38% от ВВП региона.

Ключевые слова: смертность, пневмония, преждевременная потеря лет.

Введение

В структуре смертности Казахстана в 1990 г. причина инфекций нижних дыхательных путей занимала лидирующую позицию (4,79%, ДИ 95% 4,44-5,16), несколько превышая по доле ХОБЛ – хронические обструктивные болезни легких (4,35%, ДИ 95% 4,15-4,57). В динамике смертность от инфекций нижних дыхательных путей с 4 рангового места сместилась в 2017 г. на 7 место (2,69%, ДИ 95% 2,48-2,89), став достоверно ниже по доле смертности от ХОБЛ (3,54%, ДИ 95% 3,31-3,83). В период с 1990 по 2017 год в мире так же, как в РК, отмечалось достоверное снижение смертности по причине инфекций нижних дыхательных путей с 63,62‰ (ДИ 95% 58,80-67,03) до 33,49‰ (ДИ 95% 31,96-34,75). В 2017 году смертность от инфекций нижних дыхательных путей составила 2,56 млн. человек. Казахстан относится к странам со средним уровнем смертности (20,24‰, ДИ 95% 18,64-21,97) по причине пневмонии (рисунки 1). Низкий уровень смертности за 2017 год зарегистрирован в Македонии (6,76‰, ДИ 95% 5,92-8,88), высокий – в Южном Судане (121,42‰, ДИ 95% 94,15-155,35).

У детей до 5 лет смертность от инфекций нижних дыхательных путей в Казахстане в 1990 г. доминировала в структуре смертности (30,46%, ДИ 95% 28,80-32,27) со снижением в динамике на 57,78% в 2017 г. По данным МЗ РК, в стране до начала вакцинации против

пневмококковой инфекции в структуре причин детской смертности, заболевания органов дыхания занимали третье место и более 60% составляла смертность от пневмонии различной этиологии. В Карагандинской области показатели смертности детей 1-го года жизни от ОРВИ, гриппа и пневмоний охарактеризованы периодами подъема до 18,4 на 10 тыс., родившихся живыми в 2007 г. и снижения до 8,14‰ в 2010 г. С повышением охвата вакцинацией отмечалась устойчивая тенденция к снижению показателя до 4,5‰ в 2015 г. [1].

В связи с тем, что пневмония является опасной респираторной инфекцией, 12 ноября проводится Всемирный день борьбы с пневмонией (World Pneumonia Day), предложенный Глобальной коалицией против детской пневмонии, объединяющей более 50 организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, Глобальный альянс вакцинации и иммунизации. Коалиция стремится привлечь к проблеме пневмонии внимание государственных деятелей, специалистов здравоохранения и всех заинтересованных лиц [2]. Летальность от тяжелых пневмоний достигает 10%. В отдельных случаях регистрируются высокие показатели гиподиагностики пневмоний и расхождений диагноза при аутопсии, достигающие 27,2% [3].

Цель исследования

Ретроспективный анализ (2008-2017 гг.) медико-социальных потерь от смертности по причине

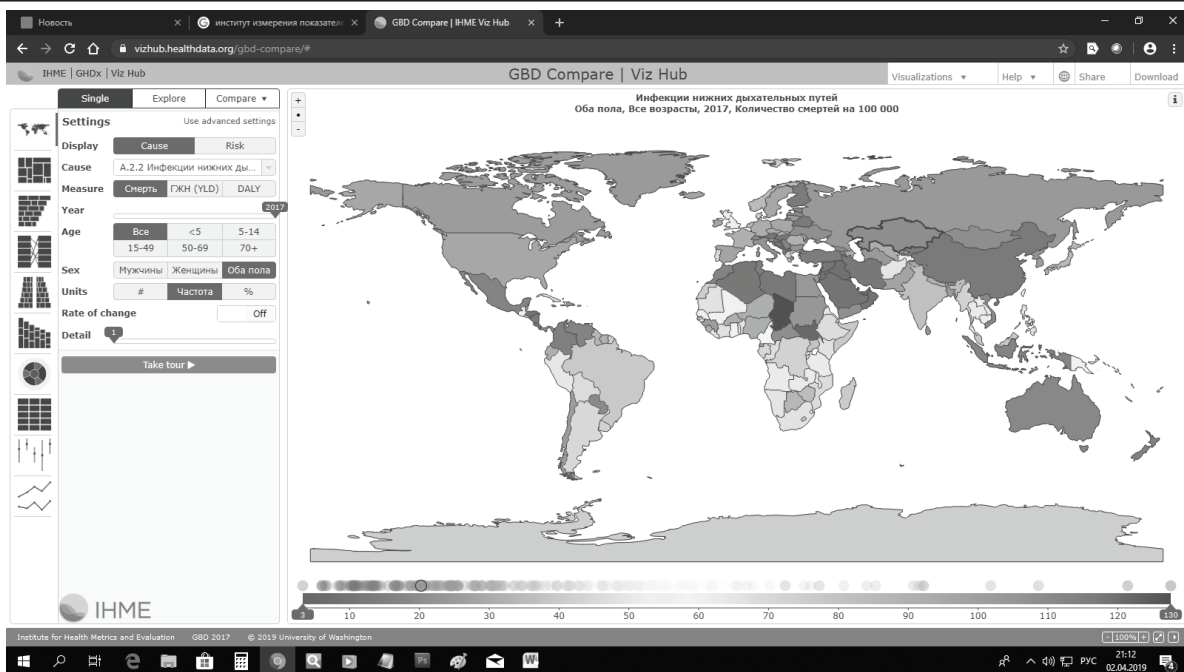


Рисунок 1 – Картограмма смертности по причине инфекций нижних дыхательных путей за 2017 год (на 100 тыс. населения, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>).

пневмонии (J10- J18) в Карагандинской области.

Материалы и методы

Данные для анализа получены в Департаменте статистики и РЦЭЗ Карагандинской области. Ретроспектива анализируемых показателей составила 10 лет, за период с 2008 по 2017 гг. Расчет показателя YLL, числа потерянных лет жизни в связи со смертью выполнялся согласно формуле $1: YLL = \sum D_x * e_x$, (1) где D_x – число умерших в возрасте x ; e_x – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (из стандартных таблиц смертности); x – возраст от 0 до 85 лет и выше.

Для того чтобы отразить зависимость величины потерь здоровья от возраста, при расчете индекса YLL использовали стандартный коэффициент дисконтирования (0,3), константу для корректировки (0,1658) и параметр, определяющий форму функции, задающий социально-значимые веса различных возрастных групп (0,04). Математико-статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью прикладной статистической программы Statistica 10. Для количественных переменных с нормальным распределением рассчитывали среднее арифметическое, стандартную ошибку и 95% доверительный интервал. Значимость различия между средними значениями выявляли при помощи методов параметрической статистики, дескриптивная статистика в статье представлена в виде относительных коэффициентов.

Результаты и обсуждение

Уровень смертности по причине пневмонии в среднем за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составил $30,9 \pm 2,0\text{‰}$ (ДИ 95% 28,2-33,6), что достоверно превышало среднереспубликанский уровень $21,9 \pm 0,6\text{‰}$ (ДИ 95% 21,1-22,6). В динамике по области прирост смертности был незначительным

(4,3%, рисунок 2), в РК отмечалось снижение уровня смертности на 16,8%.

Для трудоспособного населения Карагандинской области среднемноголетний показатель за 2008-2017 гг. составил $23,5 \pm 1,7\text{‰}$, ДИ 95% 21,2-25,7, со снижением уровня в динамике на 40% (с $30,3\text{‰}$ до $18,2\text{‰}$). Для сравнения показатель смертности от пневмоний на 100 тыс. населения трудоспособного возраста по данным МЗ РФ составил в 2010 г. – 22,6, в 2012 г. – 20,2. Выше, чем в целом по стране, коэффициент смертности от пневмоний в 2012 г. отмечался в Дальневосточном федеральном округе – 34,1, среди субъектов этого федерального округа в Магаданской области – 49,3 [4].

Доля сельского населения в Карагандинской области за 2008-2017 гг. была несколько выше пятой части от всего населения (21,4%). Уровень смертности у сельского населения был достоверно ниже ($18,9 \pm 3,5\text{‰}$, ДИ 95% 14,2-23,6), чем у городского населения ($33,7 \pm 1,9\text{‰}$, ДИ 95% 31,2-36,2). Прирост смертности в городе составил 8,2%, а в селе в 2,1 раза. Если в 2008 г. показатель смертности у сельского населения был ниже, чем в городе в 2,5 раза, то в 2017 г. уровень был ниже только в 1,2 раза.

В Карагандинской области в структуре смертности от болезней органов дыхания (БОД) смертность по причине гриппа и пневмонии за исследуемый период составила $41,3 \pm 4,1\%$, ДИ 95% 35,8-46,9 со снижением в динамике на 44,1%. Для трудоспособного населения Карагандинской области в структуре смертности по причине БОД доля пневмоний составила уже $63,4 \pm 3,5\%$, ДИ 95% 58,7-68,0, снижаясь в динамике на 33,0% (с 72,8 до 48,8%). В структуре смертности населения трудоспособного возраста по причине БОД в РФ за 2010-2012 гг. 75% всех случаев было обусловлено пневмониями, в структуре смертности

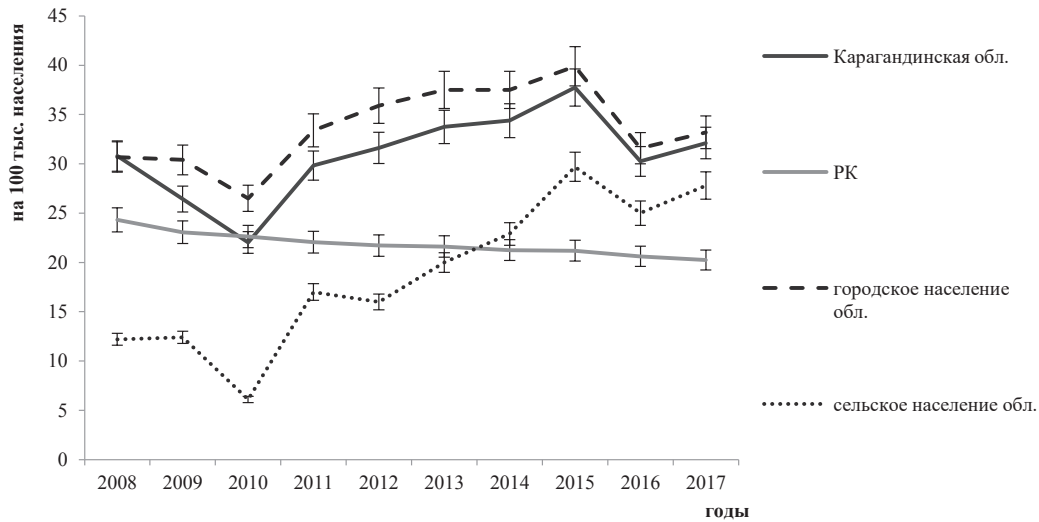


Рисунок 2 – Динамика смертности по причине пневмонии

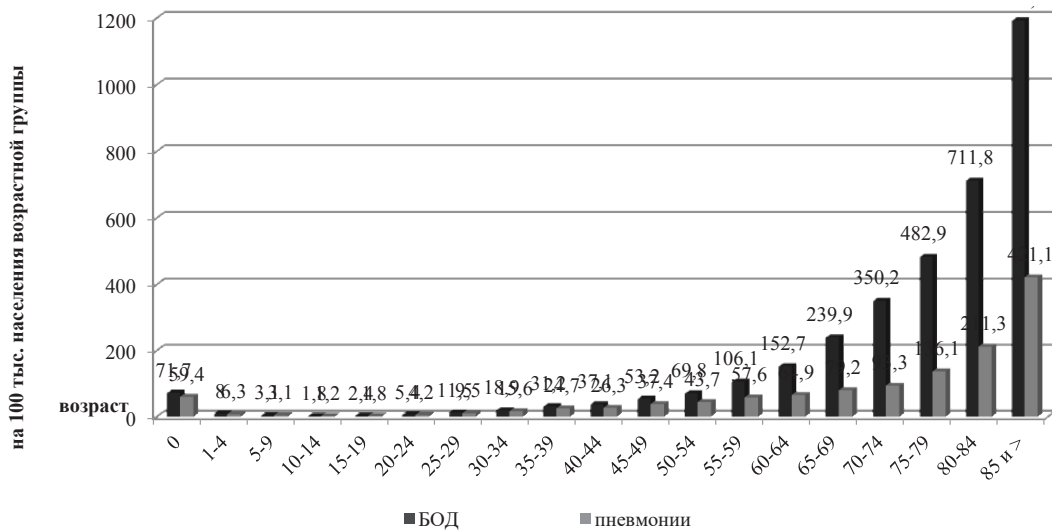


Рисунок 3 – Уровни смертности по причине пневмонии в сравнении с общим уровнем смертности от бронхолегочной патологии в возрастном аспекте за 2008-2017 гг. (в ‰)

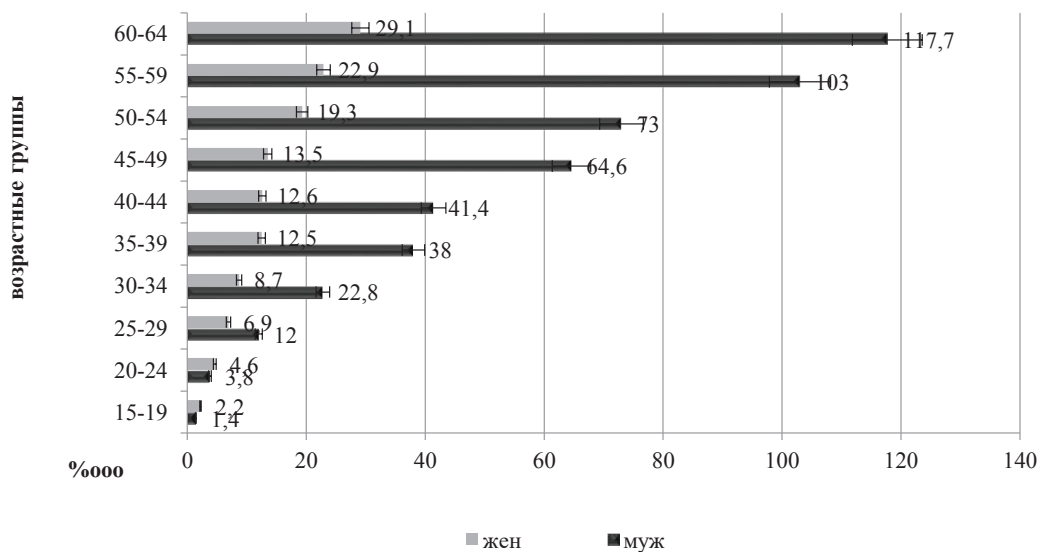


Рисунок 4 – Уровень смертности по причине пневмонии у мужчин и женщин трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения)

БОД Дальневосточного федерального – 84,6% [3].

В возрастном аспекте прирост уровней смертности от пневмонии отмечался у лиц пожилого возраста от 8,7% в возрастной группе 60-64 лет и до 14,3 раза у лиц 85 лет и старше. Минимальный показатель зарегистрирован в возрастной группе 10-14 лет ($1,2 \pm 0,6\%$, ДИ 95% 0,3-2,0), максимальный – в группе 85 лет и старше ($421,1 \pm 121,7\%$, ДИ 95% 258,0-584,2, рисунок 3). У детей до года показатель смертности от пневмонии ($59,4 \pm 15,3\%$, ДИ 95% 39,0-79,9) был сопоставим с уровнем возрастной группы 55-59 лет ($57,6 \pm 3,8\%$, ДИ 95% 52,4-62,7). Смертность от пневмоний у детей 1-4 лет ($6,3 \pm 1,1\%$, ДИ 95% 3,9-7,9) была достоверно выше, чем у детей 5-9 лет ($3,1 \pm 1,0\%$, ДИ 95% 1,8-4,3). В структуре смертности от БОД пневмонии у детей занимали от 66,7% в группе 10-14 лет до 100% в группе 5-9 лет. В группах лиц пожилого возраста пневмонии в структуре смертности занимали от 26,6% в группе 70-74 лет до 35,3% в группе 85 лет и старше. По показателям смертности от болезней органов дыхания минимальный уровень был также в возрастной группе 10-14 лет ($1,8 \pm 0,6\%$, ДИ 95% 1,0-2,6), а максимальный – в возрастной группе 85 лет и старше ($1192,2 \pm 494,0\%$, ДИ 95% 530,2-1854,3).

В гендерном аспекте доля мужчин, умерших по причине БОД в Карагандинской области составила 0,09% от всего мужского населения, а женщин – 0,05% от всего женского населения. Мужчин, умерших в трудоспособном возрасте от пневмонии было в 2,9 раза больше, чем женщин (рисунок 4). Смертность детей до года от пневмонии была одинаковой, как у мальчиков ($57,9 \pm 13,0\%$, ДИ 95% 40,4-75,3), так и у девочек ($61,0 \pm 18,8\%$, ДИ 95% 35,8-86,2).

У детей от года до 14 лет, в группах молодых лиц от 15 до 29 лет и в группе пожилых от 80 лет и старше в смертности по причине пневмонии также не было значимых гендерных различий. В последующих возрастных группах смертность у мужчин превышала смертность женщин от 2,6 раз в группах 30-34 лет и 75-79 лет до 4,8 раз в группе 45-49 лет.

Потери лет от преждевременной смертности по причине пневмонии за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составили 5,0‰ YLLs, 7,1‰ – у мужчин и 3,2‰ YLLs – у женщин (таблица). Доля прямых потерь по причине преждевременной смертности от пневмонии трудоспособного населения от ВВП (валовой региональный продукт) по области составила за 2008-2017 гг. $0,38 \pm 0,06\%$, ДИ 95% 0,34-0,41 (96188,6 млн. тенге за 10 лет), достоверно превышая медико-социальные потери по причине хронических болезней легких ($0,21 \pm 0,06\%$, ДИ 95% 0,17-0,24). Ежегодные затраты, связанные с внебольничной пневмонией, в странах Европы составляют около 10 млрд евро, прямые затраты в США, по расчетным данным экспертов, превышают 17 млрд долл. в год [5].

Выводы:

1. При ретроспективном анализе смертности по причине пневмонии в Карагандинской области, выявлено ее относительно стабильное течение с 2008 по 2017 год, с достоверным превышением среднереспубликанского уровня.

2. В структуре смертности от болезней органов дыхания пневмония занимала лидирующее место (41,3%), показатели смертности от пневмонии имели линейную зависимость от возраста и достигали максимума в пожилом возрасте.

Таблица. Медико-социальные потери по причине смертности от пневмонии (‰, абсолютные показатели) в Карагандинской области за 2008-2017 гг.

| возраст | муж | жен | всего |
|---------|---|--|---|
| 0-4 | $5,4 \pm 1,0$, 4,1-6,8 317,6 \pm 53,9 245,4-389,8 | $5,5 \pm 1,7$, 3,1-7,8 301,6 \pm 87,4, 184,4-418,8 | $5,4 \pm 1,3$, 3,7-7,2 619,2 \pm 133,8, 439,8-798,6 |
| 5-14 | $0,6 \pm 0,1$, 4,1-6,8 61,6 \pm 11,2 46,6-76,6 | $0,7 \pm 0,2$, 0,5-1,0 66,2 \pm 16,9, 43,5-88,9 | $0,7 \pm 0,1$, 0,5-0,8 121,1 \pm 21,8, 99,1-150,3 |
| 15-29 | $1,5 \pm 0,3$, 1,1-1,9 252,5 \pm 51,7, 183,2-321,8 | $1,0 \pm 0,3$, 0,70-1,4 171,1 \pm 46,0, 109,5-232,7 | $1,3 \pm 0,2$, 1,0-1,6 423,6 \pm 73,8, 324,6-522,6 |
| 30-44 | $7,8 \pm 1,4$, 5,9-9,7 1132,8 \pm 193,6 873,3-1392,3 | $2,5 \pm 0,5$, 1,9-3,1 379,6 \pm 69,5, 286,5-472,7 | $5,1 \pm 0,6$, 4,2-5,9 1512,3 \pm 185,6, 1263,6-1761,0 |
| 45-59 | $14,2 \pm 1,2$, 12,6-15,9 1664,3 \pm 138,5, 1478,7-1849,9 | $3,8 \pm 0,5$, 3,2-4,4 539,0 \pm 63,7 453,6-624,4 | $8,6 \pm 0,8$, 7,5-9,6 2203,3 \pm 191,6, 1946,5-2460,1 |
| 60-69 | $17,1 \pm 2,2$, 14,1-20,0 695 \pm 111,8 545,7-845,3 | $5,4 \pm 0,7$, 4,4-6,3 333,1 \pm 50,7, 265,2-401,0 | $10,0 \pm 1,2$, 8,3-11,6 1028,1 \pm 157,9, 816,4-1239,8 |
| 70-79 | $17,6 \pm 2,7$, 14,0-21,2 359,8 \pm 45,4 298,9-420,7 | $7,3 \pm 1,6$, 5,1-9,5 300,2 \pm 63,0, 215,8-384,6 | $10,7 \pm 1,9$, 8,2-13,2659,9 \pm 103,7, 520,9-798,9 |
| 80+ | $18,7 \pm 6,7$, 9,7-27,7 93,2 \pm 32,1 50,2-136,2 | $13,6 \pm 3,6$, 8,8-18,4 205,1 \pm 54,7, 131,8-278,4 | $14,9 \pm 3,9$, 9,6-20,1 298,3 \pm 78,7, 192,8-403,8 |
| всего | $7,1 \pm 0,5$, 6,5-7,7 4576,7 \pm 288,14190,6-4962,8 | $3,2 \pm 0,2$, 2,9-3,5 2288,9 \pm 157,4, 2078,0-2499,8 | $5,0 \pm 0,3$, 4,6-5,4 6865,6 \pm 394,8, 6336,5-7394,7 |

3. Смертность мужчин по причине пневмонии превышал показатели для женского населения. Уровень смертности по причине пневмонии у городского населения достоверно выше, чем у сельского населения.

4. Прямые медико-социальные потери от пневмонии трудоспособного населения в Карагандинской области составили 0,38% от ВВП региона.

Конфликт интересов не заявляется.

Список литературы:

1. Колоскова ЕА. Характеристика штаммов *Streptococcus pneumoniae*, циркулирующих на отдельных территориях Республики Казахстан среди носителей и больных пневмококковой инфекцией. Дисс. PhD. Алматы 2018:165.
2. Биличенко ТН, Быстрицкая ЕВ, Чучалин АГ, Белевский АС, Батын СЗ. Смертность от болезней органов дыхания в 2014–2015 гг. и пути ее снижения. Пульмонология 2016;26(4):389–397. URL: <https://journal.pulmonology.ru/pulm/article/viewFile/740/640>

(дата обращения 02.04.19).

3. Макарова НВ, Тарасова ЛВ, Дубов ВВ, Никифорова АВ. Современные особенности эпидемиологии, клинико-этиологических характеристик, состояния диагностики и лечения внебольничных пневмоний среди городского и сельского населения Чувашии. Медицинский альманах 2017;4(49):116–119. URL: <http://www.medalmanac.ru/ru/archive/2017/4/603/pdf> (дата обращения 02.04.19).
4. Иванова ЕВ, Биличенко ТН, Чучалин АГ. Заболеваемость и смертность населения трудоспособного возраста России по причине болезней органов дыхания в 2010–2012 гг. Пульмонология 2015;25(3):291–297. URL: <https://journal.pulmonology.ru/pulm/article/viewFile/577/527> (дата обращения 02.04.19).
5. File TM Jr., Marrie TJ. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. Postgrad Med 2010;122:130–141.

ТҮЙІН

А.В. ЧЕРНЕЦКИЙ

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА ПНЕВМОНИЯ ЖӘНЕ ТҰМАУ СЕБЕПТЕРІ БОЙЫНША ӨЛІМ ЖАҒДАЙЫН ТАЛДАУ

Қарағанды медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Пневмония проблемасы, уақыт өткен сайын өлімнің төмендеуіне карамастан, эпидемиологиялық көрсеткіштердің жасына, жынысына және аймақтық аспектілеріне мониторинг жүргізуді талап етеді.

Мақсаты – Қарағанды облысында пневмония мен тұмаумен байланысты өлім-жітімді талдау.

Материалдар мен әдістер. Ұлттық деректермен салыстырғанда құрылымы мен динамикасын сипаттайтын, сондай-ақ статистикалық департаментінің Қарағанды филиалында және Республикалық электрондық сауықтыру орталығынан (РПЭК) алынған пневмония мен тұмаудың салдарынан болатын өлім-жітімнің ретроспективті сипаттамасы (интегралдық индикатор 2008–2017 жж.), аймақтағы жалпы ішкі өнімнің (ЖІӨ) тікелей экономикалық шығындарын есептеу арқылы мерзімінен бұрын өлімнің жоғалуы.

Қорытындылар мен тұжырымдар. Қарағанды облысындағы пневмониямен байланысты өлім-жітімді талдау кезінде орта республикалық деңгейде 1,4 есе жоғары салыстырмалы тұрақты динамика анықталды. Респираторлық аурулардан болатын өлім-жітім құрылымында пневмонияның барлық тұрғындары 49,9%, еңбекке жарамды халық үшін $63,4 \pm 3,5\%$, бір

SUMMARY

A.V. CHERNETSKY

MORTALITY FROM PNEUMONIA AND FLU IN THE KARAGANDA REGION

Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

The problem with pneumonia despite the decline in mortality from it over time requires monitoring of epidemiological indicators according to age, gender and regional aspects.

Purpose: to analyze mortality from pneumonia and flu in the Karaganda region.

Materials and methods. A retrospective (2008–2017) analysis of mortality rates due to pneumonia and influenza, which were obtained from the Karaganda branch of the Department of Statistics and the Republican e-health center (RCEA), was conducted with a description of the changes in comparison with the national data and the integral indicator, loss of years from premature mortality with the calculation of direct economic losses from gross domestic product (GDP) in the region.

Results and conclusion. When analyzing the mortality due to pneumonia in the Karaganda region, a relatively stable trend was detected which was 1.4 times higher than the average growth in comparison to republican trend. In the percentage of mortality cases of the entire population from respiratory diseases, pneumonia can be accounted for 49.9%, for the able-bodied population - $63.4 \pm 3.5\%$, for children under the age of one - 82.8%. The mortality rate due to pneumonia among the urban population was 1.7 times higher than that of the rural population. Mortality rates from pneumonia were linearly dependent to the age

жасқа дейінгі балалар үшін - 82,8% құрады. Қалалық халықтың арасында пневмонияға байланысты өлім-жітім көрсеткіші ауыл тұрғындарының санына қарағанда 1,7 есе жоғары болды. Пневмониядан болатын өлім-жітім мөлшері жасына байланысты болды және қартайған шақта ең жоғары деңгейге жетті. Ең аз көрсеткіштер 10-14 жастағы жас тобында анықталды. Пневмонияға байланысты еңбекке жарамды жастағы ер адамдардың өлім-жітімі зерттеу кезеңінде әйелдер арасында орташа есеппен 2,9 есе асып түсті. Қарағанды облысындағы еңбекке қабілетті жастағы пневмониядан тікелей медициналық және әлеуметтік шығындар облыстың ЖІӨ-нің 0,38% -ын құрады.

Негізгі сөздер: өлім, пневмония, уақыт жоғалту.

and reached a maximum at the old age group. Minimum indicators were found in the age group of 10-14 years. Mortality of men of a working age due to pneumonia exceeded indicators for the female population during the study period by an average of 2.9 times. Direct medical and social losses from pneumonia of the working-age population in the Karaganda region amounted to 0.38% of the region's GDP.

Keywords: mortality, pneumonia, premature loss of years.

УДК 613.84:616.12

МРНТИ 76.33.29, 76.29.30

А. КАЗИЕВ, Г.Л. КУРМАНАЛИНА, Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА, М.Н. АБДЕШЕВА

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

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

Курение является одним из факторов риска инфаркта миокарда. Целью исследования было конкретизировать влияние курения на развитие стенозов коронарных сосудов в популяции города Актөбе. Изучались данные из истории болезней 579 пациентов, которые находились на стационарном лечении и проводились коронароангиографии (КАГ) по поводу острого инфаркта миокарда в кардиологическом отделении медицинского центра Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова в период с января 2017 по декабрь 2018 года. Пациенты были разделены на курящих и некурящих. Сравнивались такие показатели как: возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет II типа (СД), тип инфаркта миокарда (с зубцом Q или без зубца Q), тяжесть инфаркта миокарда по классификации Killip (1967 г.), фракция выброса левого желудочка (ФВ) по данным ультразвукового исследования сердца (ЭхоКГ), состояние коронарных сосудов по данным коронароангиографии. Для оценки распространенности стенозов коронарных сосудов проанализированы следующие состояния: левой коронарной артерии (ЛКА), передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), огибающей ветви (ОВ) и правой коронарной артерии (ПКА). Уменьшение диаметра коронарной артерии $\geq 50\%$ считали гемодинамически значимым стенозом, а уменьшение $\geq 85\%$ – критическим стенозом. Исследование показало значительный вклад курения в развитие стенотических изменений коронарных сосудов у пациентов с ИМ в более молодом возрасте ОШ 1,3 (95%ДИ 0,38-4,23). Необходимо дальнейшее исследование в больших выборках с применением многофакторных анализов, а также разработка эффективных профилактических мероприятий с учетом данных эпидемиологических исследований в конкретных популяциях.

Ключевые слова: курение, инфаркт миокарда, факторы риска, коронарные сосуды.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца (ИБС) и 6,7 миллиона человек в результате инсульта. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. Несмотря на значи-

тельный прогресс современной медицины, сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются наиболее актуальной проблемой медицинской науки и практики, решающим образом, влияя на все ведущие медико-демографические показатели (заболеваемость, смертность, инвалидность, продолжительность жизни населения и т. д.). В структуре сердечно-сосудистых заболеваний основную угрозу общественному здоровью представляют ишемическая болезнь сердца и ее острые формы, прежде всего острый инфаркт миокарда [2-5]. По данным экспертов всемирной организации здравоохранения, показатель преждевременной смертности насе-

ления Республики Казахстан вследствие болезней системы кровообращения в 2003 г. был вторым по величине среди стран Европы и почти 1,5-4 раза превышал показатели ряда стран Европейского региона [6]. За последние 10 лет имеется тенденция к росту болезней системы кровообращения в 1,3 раза и к снижению смертности от них на 39,6%. В целом сердечно-сосудистые заболевания в Республике Казахстан являются причиной почти 1/3 всех смертей. В структуре смертности от болезней системы кровообращения 34% составляют пациенты с ишемической болезнью сердца, из них более 30% являются лицами активного трудоспособного возраста (18-65 лет).

Патофизиологических механизмов воздействия табака на сосуды и сердце описано много: стимуляция никотином повышенной потребности в кислороде и вазоконстрикции, гемодинамические эффекты, вызванные монооксидом углерода (СО), усиление воспаления, возникающего в результате уменьшения количества антиоксидантных соединений. Полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), образующиеся в результате неполного сгорания табака и других органических продуктов, индуцируют сосудистую воспалительную реакцию, включая прогрессирование атеросклероза [8]. Нарушение целостности атеросклеротической бляшки с образованием внутри просветного тромба приводит к большинству случаев инфаркта миокарда.

С анатомической точки зрения, система коронарных артерий делится на две части – правую и левую. С позиций хирургии, коронарное русло делится на четыре части: левая основная коронарная артерия (ствол), левая передняя нисходящая артерия или передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) и ее ветви, левая огибающая коронарная артерия (ОВ) и ее ветви, правая коронарная артерия (ПКА) и ее ветви.

Передняя межжелудочковая ветвь располагается в передней межжелудочковой борозде и идет к верхушке, отдавая по ходу передние желудочковые ветви.

Огибающая ветвь левой коронарной артерии располагается в левой части венечной борозды и дает первой ветвью артерию синусно-предсердного узла, а далее артерию тупого края, обычно от одной до трех. Эти принципиально важные артерии питают свободную стенку левого желудочка. Ветви левой венечной артерии васкуляризируют левое предсердие, всю переднюю и большую часть задней стенки левого желудочка, часть передней стенки правого желудочка, передние 2/3 межжелудочковой перегородки и переднюю сопочковую мышцу левого желудочка.

Сужение просвета коронарной артерии в результате атеросклеротических изменений на 50% и более снижает способность коронарной артерии к дилатации, а сужение его на 85% и более лимитирует коронарный кровоток в состоянии покоя [9].

Помимо курения есть и другие факторы риска, такие как: возраст, сахарный диабет II типа (СД), нарушения ли-

пидного обмена и т.д., и, хотя вклад каждого из них описан в многочисленных исследованиях, эпидемиологических исследований о характеристиках коронарного стеноза у курящих пациентов с инфарктом миокарда в нашей стране недостаточно.

Цель исследования

Целью настоящего исследования, проведенного в рамках НТП «Изучение исходов пациентов с инфарктом миокарда и факторов, влияющих на них» при Западно-Казахстанском медицинском университете имени М. Оспанова, было оценить влияние курения сигарет на состояние коронарных (венечных) сосудов у пациентов с инфарктом миокарда в городе Актобе.

Методы

Участниками НТП «Изучение исходов пациентов с инфарктом миокарда и факторов, влияющих на них» при Западно-Казахстанском медицинском университете имени М. Оспанова были изучены данные из истории болезней 579 пациентов, которые находились на стационарном лечении и проводилась коронароангиография (КАГ) по поводу острого инфаркта миокарда в кардиологическом отделении медицинского центра ЗКМУ имени Марата Оспанова в период с января 2017 по декабрь 2018 года. Пациенты были разделены на курящих и некурящих сигареты. Сравнивались такие показатели как: возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет II типа (СД), тип инфаркта миокарда (с зубцом Q или без зубца Q), тяжесть инфаркта миокарда по классификации Killip (1967 г.), фракцию выброса левого желудочка (ФВ) по данным ультразвукового исследования сердца (ЭхоКГ), состояние коронарных сосудов по данным коронароангиографии. Для оценки распространенности стенозов коронарных сосудов проанализированы состояние левой коронарной артерии (ЛКА), передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), огибающей ветви (ОВ) и правой коронарной артерии (ПКА). Уменьшение диаметра коронарной артерии $\geq 50\%$ считали гемодинамически значимым стенозом, а уменьшение $\geq 85\%$ – критическим стенозом [10].

Статистическая обработка данных проведена в Statistica 10. Проведен расчёт средних величин по общепринятым в статистике методам.

Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, средними значениями, стандартными отклонениями (СО), медианами (Me), интерквартильными размахами (IQR) для непрерывных переменных. Для долей рассчитывали 95% доверительный интервал (ДИ). Статистические сравнения выполнены с помощью теста Стьюдента или Манна-Уитни для непрерывных данных в зависимости от нормальности распределения переменных. Значение P меньше 0,05 считали значимым. Для

оценки влияния курения на состояние коронарных сосудов рассчитали отношение шансов (ОШ).

Результаты и обсуждение

Количество пациентов в первой группе (некурящих) составило 356 человек, во второй группе (курящих) – 223 человека. Представленные группы статистически значимо различались по полу. В первой группе соотношение женщин и мужчин было 1:1,6, во второй группе количество пациентов мужского пола превышало количество пациентов женского пола в 23,7 раза. Некурящие сигареты пациенты в среднем статистически значимо были старше курящих больных (табл.1).

Частота сопутствующего сахарного диабета II типа в первой группе выше, чем во второй в 2,9 раза.

Наличие перенесенного ранее инсульта в анамнезе отмечалось у 6,46% пациентов, в то время как во второй группе этот показатель составил 1,35%.

По артериальной гипертензии вторая группа выглядит также более благоприятно: не имеют сопутствующей гипертензии вдвое больше пациентов, и количество больных с тяжелой степенью артериальной гипертензии в 1,3 раза меньше по сравнению с первой группой.

По тяжести инфаркта миокарда согласно классификации Killip более тяжелые степени отмечались в первой группе (Killip II – 16,01% против 9,87%, Killip III – 6,18% против 1,35%), при этом пациентов с тяжелой, IV степенью не было во второй, курящей, группе. Медианные значения фракции выброса и частота сниженной функции левого желудочка не различались.

Таким образом, группы статистически значимо различались по возрасту, полу, сахарному диабету 2 типа, артериальной гипертензии и Killip и наличию ранее перенесенного инсульта в анамнезе, не в пользу некурящей группы.

Перенесенные в прошлом инфаркт миокарда, наличие сопутствующей хронической сердечной недостаточности, а

Таблица 1. Клинико-демографические характеристики пациентов

| Переменные | Не курящие, абс. (%) (n=356) (61,5%) | 95% ДИ для доли | Курящие, абс. (n=223) (38,6%) | 95% ДИ для доли | p |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|------|
| Возраст, лет среднее ± СО | 64,93±11,17 | | 58,52±10,76 | | 0,00 |
| Пол мужчины женщины | 218 (61,23) 138 (38,76) | 56-66 34-44 | 214 (95,96) 9 (4,03) | 93-98 1-7 | 0,00 |
| Сахарный диабет | 93 (26,12) | 21-31 | 31 (13,9) | 9-18 | 0,00 |
| АГ отсутствует | 41 (11,52) | 8-15 | 54 (24,22) | 19-30 | 0,00 |
| АГ 1 степени | 30 (8,43) | 5-11 | 22 (9,87) | 6-14 | |
| АГ 2 степени | 44 (12,36) | 9-16 | 31 (13,9) | 9-18 | |
| АГ 3 степени | 241 (67,70) | 63-72 | 116 (52,02) | 45-58 | |
| ИМТ, кг/м ² , Ме (IQR) | 27,39 | 24,22-30,78 | 27,21 | 24,28-30,09 | 0,65 |
| ИМ в анамнезе | 34 (9,55) | 6-13 | 24 (10,76) | 7-15 | ,89 |
| Инсульт в анамнезе | 23 (6,46) | 4-9 | 3 (1,35) | 0-3 | 0,00 |
| Тяжесть ОИМ по Killip | | | | | |
| I | 270 (75,84) | 71-80 | 198 (88,79) | 85-93 | 0,00 |
| II | 57 (16,01) | 12-20 | 22 (9,87) | 6-14 | |
| III | 22 (6,18) | 4-9 | 3 (1,35) | 0-3 | |
| IV | 7 (1,97) | 0-3 | | | |
| ХСН отсутствует | 318 (89,33) | 86-92 | 208 (93,27) | 90-96 | 0,50 |
| 1 ФК ХСН | 25 (7,02) | 4-10 | 11 (4,93) | 2-8 | |
| 2 ФК ХСН | 7 (1,97) | 0-3 | 3 (1,35) | 0-3 | |
| 3 ФК ХСН | 5 (1,4) | 0-3 | 1 (0,45) | 0-1 | |
| 4 ФК ХСН | 1 (0,28) | 0-1 | 0 | | |
| ИМ с зубцом Q | 139 (39,04) | 34-44 | 88 (39,46) | 33-46 | |
| ФВ, Ме (IQR) | 48 | 44-53 | 49 | 45-52 | 0,75 |
| ФВ < 40%, n (%) | 51 (14,53) | 11-18 | 26 (11,76) | 7-16 | 0,34 |

также виды инфаркта миокарда с образованием патологического зубца Q и изменениями сегмента ST по частоте статистически в сравниваемых группах не различались.

Чаще всего встречались сужения правой межжелудочковой ветви (ПМЖВ): у 456 (85,6%) больных инфарктом миокарда, наблюдалось различной степени выраженности поражение этого сосуда. Медиана степени стеноза правой межжелудочковой ветви составила 78,7% (IQR 60-95). Частота критических стенозов правой межжелудочковой ветви ($\geq 85\%$) составила 44,7%, гемодинамически значимых стенозов ($\geq 50\%$) – 34,02%.

На втором месте по частоте стенозов выявлены изменения правой коронарной артерии (ПКА): у 429 (62,1%) пациентов диагностированы разной степени стенозы, медиана составила 70% (IQR 0-90). Частота критических стенозов ПКА составила 34,7%, гемодинамически значимых стенозов – 27,4%.

376 (63,7%) субъектов исследования имели поражения огибающей ветви (ОВ) от минимальных стенозов до полной окклюзии. Медиана стеноза составила 60% (IQR 40-90); доля сосудов с 50% стенозом и выше составила 32,4%, с 85% и выше стенозом – 26,4%.

Реже всего (41 человек, 7,08%) встречались стенозы левой коронарной артерии (ЛКА). Среднее значение степени сужения сосуда было 70,22% (IQR 35-75). Критически значимый стеноз левой коронарной артерии наблюдался у 11 пациентов (1,8%).

В таблице 2 представлены данные по стенозам коронарных сосудов среди курящих и некурящих сигарет пациентов. Как видно в данной таблице, многососудистость коронарных артерии атеросклеротического поражения статистически

значимо не различается в сравниваемых курящих и некурящих группах. В первой группе количество пациентов со здоровыми сосудами 32 (8,9%), это выше, чем среди курящих групп 7 (3,1%), ОШ 1,3 (95% ДИ 0,38-4,23).

Таким образом, пациенты, проходившие стационарное лечение из первой, некурящей, группы были старше пациентов второй группы, чаще имели артериальную гипертензию и хроническая сердечная недостаточность, в том числе тяжелые формы. Пациентов со стенозом коронарных артерий меньше в другой, а именно в курящей группе. Результаты нашего настоящего исследования согласуются с данными других авторов. Так, в исследовании INTERHEART было показано, что среди 9 факторов риска развития инфаркта миокарда самым влиятельным было курение. Howe M. с соавт. обнаружили такую же тенденцию, что курящие мужчины и женщины с острым коронарным синдромом были значительно моложе (почти на 9 лет), чем некурящие, с меньшим количеством сахарного диабета, артериальная гипертензия и других сопутствующих заболеваний и фракция выброса [11].

Выявленная нами частота поражений отдельных коронарных артерий согласуются с данными Н.Н. Гурановой: одно-сосудистые поражения у пациентов с инфарктом миокарда встречались в 17% случаев, наиболее часто поражается правая межжелудочковая ветвь (до 89%) и правая коронарная артерия (до 86%), реже огибающая ветвь (до 32%) и левая коронарная артерия (до 7%). В результате многолетних наблюдений замечено, что наиболее часто атеросклеротические повреждения обнаруживаются в ПМЖА – 60%, ПКА в этом отношении стоит на втором месте – 24-25%. В данном исследовании также отмечена данная тенденция, атеросклероз в ПКА выявлен у 77,78% обследуемых, а в ПМЖА у 75,56%.

Таблица 2. Состояние коронарных сосудов у пациентов с ИМ

| Переменные | Не курящие | 95% ДИ | Курящие | 95% ДИ |
|----------------------------|--------------|--------|--------------|--------|
| 1-сосудистое поражение | 35 (10,39%) | 7-14 | 33 (15,07%) | 10-20 |
| 2-сосудистое поражение | 60 (17,8%) | 14-22 | 42 (19,18%) | 14-24 |
| 3-сосудистое поражение | 229 (67,95%) | 63-73 | 141 (64,38%) | 58-71 |
| Ствол ЛКА | | | | |
| Стеноз $\geq 50\%$, n (%) | 19 (5,64%) | 3-8 | 11 (5,02%) | 2-8 |
| Стеноз $\geq 85\%$, n (%) | 6 (1,78%) | 0-3 | 5 (2,28%) | 0-4 |
| ПМЖВ | | | | |
| Стеноз $\geq 50\%$, n (%) | 112 (33,23%) | 28-38 | 85 (38,81%) | 32-45 |
| Стеноз $\geq 85\%$, n (%) | 161 (47,77%) | 42-53 | 98 (44,75%) | 38-51 |
| ОВ | | | | |
| Стеноз $\geq 50\%$, n (%) | 112 (33,23%) | 28-38 | 76 (34,7%) | 28-41 |
| Стеноз $\geq 85\%$, n (%) | 89 (26,41%) | 22-31 | 64 (29,22%) | 23-35 |
| ПКА | | | | |
| Стеноз $\geq 50\%$, n (%) | 99 (29,38%) | 24-34 | 60 (27,4%) | 21-33 |
| Стеноз $\geq 85\%$, n (%) | 121 (35,91%) | 31-41 | 80 (36,53%) | 30-43 |

Ветви второго порядка поражаются гораздо реже, а самыми уязвимыми стали ВТК и ЗБВ, однако наиболее часто к острой коронарной катастрофе приводили тромбозы ОА [13].

Ограничения нашего исследования заключаются в том, что не учтен в анализе пол пациентов, поскольку курящих женщин было только 3,3% во второй группе. Возможно, при увеличении доли курящих женщин мы бы увидели другие тенденции.

Выводы

Исследование показало значительный вклад курения в развитие стенотических изменений коронарных сосудов у пациентов с инфарктом миокарда в более молодом возрасте ОШ 1,3 (95% ДИ 0,38-4,23). Таким образом, пациенты, проходившие стационарное лечение из первой, некурящей, группы были старше пациентов второй группы, чаще имели артериальную гипертензию и хроническую сердечную недостаточность, в том числе тяжелые формы. Пациентов со стенозом коронарных артерий меньше в другой, а именно в курящей группе. Результаты нашего настоящего исследования согласуются с данными других авторов. Так, в исследовании INTERHEART было показано, что среди 9 факторов риска развития инфаркта миокарда самым влиятельным было курение. Howe M. с соавт. обнаружили такую же тенденцию, что курящие мужчины и женщины с острым коронарным синдромом были значительно моложе (почти на 9 лет), чем некурящие, с меньшим количеством сахарного диабета, артериальная гипертензия и других сопутствующих заболеваний и фракция выброса. Необходимы дальнейшие исследования в больших выборках и с применением многофакторных анализов, а также разработка эффективных профилактических мероприятий с учетом данных эпидемиологических исследований в конкретных популяциях. Ограничения нашего исследования заключаются в том, что не учтен в анализе пол пациентов, поскольку курящих женщин было только 3,3% во второй группе. Возможно, при увеличении доли курящих женщин мы бы увидели другие тенденции.

Список литературы:

1. Cardiovascular diseases (CVDs) Fact sheet Reviewed June 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (Date of application 10.07.2016).
2. Shalnova SA, Deyev AD. Coronary disease in Russia: prevalence and treatment (according to clinical and epidemiological studies). *Terapevticheskii arhiv = Therapeutic archives*. 2011;83 (1):7-12 (In Russ.).
3. Gafarov VV. WHO Programme "acute myocardial infarction register", «MONICA»: a third of a century (1977-2006) epidemiological studies of myocardial infarction in high-risk populations. *Terapevticheskii arhiv = Therapeutic archives*. 2011;83 (1):38-45 (In Russ.).
4. Oshepkova EV, Dmitriyev VA, Gridnev VI. et al. Assessment of the organization of medical care, for patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation in

dynamics for 2009 and 2010, in the Russian Federation, implementing a vascular program (according to the Russian register ACS). *Terapevticheskii arhiv = Therapeutic archives*. 2012;84 (1):23-9 (In Russ.).

5. Chazov EI, Boitsov SA. Ways to reduce cardiovascular mortality in the country. *Kardiologicheskii vestnik = Cardiology Gazette*. 2009; 1:10-15 (In Russ.).
6. Baykenzhin AK, Dosakhanov AKh, Kadyirova EA. et al. The contribution of the National Scientific Medical Center in cardiac surgery and cardiology development in Kazakhstan. *Klinicheskaya Meditsina Kazakhstana = Clinical Medicine of Kazakhstan*. 2011;3-4(22-23):41-4 (In Russ.)
7. Abseytova SR. Ostryikoronarnyi sindrom: sovremeniye aspekti diagnostiki i lecheniya Uchebnoye posobiye.
8. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г.; доступно по адресу: <http://www.who.int/tobacco/global-report/2013/en/>.
9. Lubin JH, Couper D, Lutsey PL, Woodward M, Yatsuya H, Huxley RR. Risk of Cardiovascular Disease from Cumulative Cigarette Use and the Impact of Smoking Intensity. *Epidemiology*. 2016;27(3):395-404.
10. MarioMarzilliMD et al ...Obstructive coronary atherosclerosis and ischemic heart disease: an elusive link!
11. Citation DataJournal of the American College of Cardiology, ISSN: 1558-3597, Vol: 60, 2012;11: 951-6.
12. G.N. Levine, E.R. Bates, J.C. Blankenship, et al.2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions//*J Am Coll Cardiol*, 58 (2011), pp. e44-e122
13. Остроумова О.Д., Извеков А.А., Воеводина Н.Ю. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний: распространенность, влияние на прогноз, возможные стратегии прекращения курения и их эффективность. Часть 1. Распространенность курения и влияние на прогноз. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2017;13(6):871-879. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-871-879.
14. Гуранова Н.Н. Поражение коронарных артерий при различных клинических формах ИБС// Серия Медицина. Фармация. 2015. № 16 (213). Выпуск 31 <https://cardiolog.org/cardiohirurgia/endovasculiarnaja-xirurgija/anatomy-coronary.html>.

Исследование проводилось в рамках НТП «Изучение исходов у пациентов с инфарктом миокарда и факторов, влияющих на них» 2019-2020 гг.

ТҮЙІН

А. КАЗИЕВ, Г.Л. КУРМАНАЛИНА,
Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА, М.Н. АБДЕШЕВА

**ШЫЛЫМ ШЕГУ КОРОНАРЛЫҚ
АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ
ҚАУІП ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Шылым шегу – миокард инфарктінің қауіп факторларының бірі. Зерттеудің мақсаты шылым шегудің Ақтөбе қаласының популяциясындағы коронарлық тамырлардың стеноздарын дамытуға әсерін нақтылау болды. 2017 жылдың қаңтар айынан бастап, 2018 жылдың желтоқсан айына дейін Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті Медициналық орталығының кардиологиялық бөлімшелерінде миокард инфарктісі бойынша коронароангиография (КАГ) жүргізілді. Емделушілер шылым шегетін және шылым шекпейтін адамдарға бөлінген. Жасы, жынысы, дене салмағының индексі (ДСИ), артериялық гипертония (АГ), II типті қант диабеті (СД), миокард инфарктісінің түрі (Q тісшесімен немесе Q тісшесіз), Killip жіктемесі бойынша миокард инфарктісінің ауырлығы (1967ж), жүректің ультрадыбыстық зерттеу деректері бойынша сол қарыншаның айдау фракциясы (АФ), коронароангиография деректері бойынша коронарлық тамырлардың жағдайы салыстырылды. Коронарлық тамырлардың стеноздарының тарылуын бағалау үшін сол коронарлық артерияның (СКА), алдыңғы қарыншааралық тармақтың (АКТ), айналмалы тармағының (АТ) және оң коронарлық артерияның (ОКА) жай-күйі талданды. Коронарлық артерия диаметрінің $\geq 50\%$ төмендеуі гемодинамикалық маңызды стеноз деп есептелді, ал $\geq 85\%$ төмендеуі сыни стеноз деп есептелді. Зерттеу шылым шегудің жас шамасындағы (ОШ 1,40 (95% ДИ 0,78-2,51) емделушілерде коронарлық тамырлардың стенозды өзгерістерінің дамуына елеулі үлесін көрсетті. Үлкен іріктемелерде және көп факторлы талдауларды қолдана отырып, одан әрі зерттеу, сондай-ақ нақты популяциялардағы эпидемиологиялық зерттеулердің деректерін ескере отырып, тиімді алдын алу іс-шараларын әзірлеу қажет.

Негізгі сөздер: шылым шегу, миокард инфаркті, қауіп факторлары, коронарлық тамырлар.

SUMMARY

A. KAZIYEV, G.L. KURMANALINA,
D.G. ZHAMANKULOVA, M.N. ABDESHEVA

**SMOKING AS A RISK FACTOR FOR
CORONARY ARTERY DISEASE**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Smoking is one of the risk factors for myocardial infarction. The purpose of the research is to specify the effect of smoking on the development of coronary stenosis in the population of Aktobe city, Kazakhstan. 579 patients who were on inpatient treatment and underwent coronary angiography (CAH) for acute myocardial infarction in the Cardiology Department of the Medical Center of the West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University (Republic of Kazakhstan) in the period from January 2017 to December 2018. The patients were divided into smokers and non-smokers. We compared such indicators as: age, gender, body mass index (BMI), arterial hypertension (AH), diabetes mellitus type II (DM), type of myocardial infarction (with Q wave or without Q wave), the severity of a heart attack myocardia according to the classification of Killip (1967), ejection fraction of the left ventricle (EF), according to ultrasound studies of the heart (EchoCG), coronary vessel according to coronary angiography. To assess the prevalence of stenosis of coronary vessels, the state of the left coronary artery (LCA), anterior interventricular branch (TMJ), the envelope branch (S) and the right coronary artery (PCA) were analyzed. Reduction of coronary artery diameter $\geq 50\%$ was considered hemodynamically significant stenosis, and reduction $\geq 85\%$ –critical stenosis. The study showed a significant impact of Smoking on the development of stenotic changes in coronary vessels in patients with MI at a younger age (OR 1.40 (95%CI 0.78-2.51). Further research is needed in large samples and using.

Keywords: smoking, myocardial infarction, risk factors, coronary vessels.

МАЗМҰНЫ

| | |
|--|-----|
| 1. М.Н. Абдешева, А. Казиев, Г.Л. Курманалина, Р.Т. Агзамова, Д.Г. Жаманкулова ТІСШЕЛІ Q ЖӘНЕ ТІСШЕСІЗ Q МИОКАРД ИНФАРКТИСІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МӘНДІ АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ | 4 |
| 2. М.А. Айтжанова, Д.К. Бейсенбиева, Н.Т. Жексенби, У.А. Утебаева ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЖЕРГІЛІКТІ АНЕСТЕТИКТЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ | 7 |
| 3. С. Амандыкова, Д. Булыгина, Г.С. Дильмагамбетова ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР ИНТЕРНДЕРІНІҢ ЖЕКЕ ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫҒА ДАЙЫНДЫҚ ДЕҢГЕЙІ | 12 |
| 4. А. Асқар, А. Сарсенова, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алекенова БАЛАЛАРДА СҮЙЕК БАСЫНЫҢ ҚАБЫНУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ БОЙЫНША ЖҮЙЕЛІК ЕМЕС ШОЛУ | 18 |
| 5. А. Әжіханова, А. Мырзатхан, Д. Төлепова, А. Шакенова, С. Ысқақ ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА БҮЙРЕКТІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ | 20 |
| 6. Л.Р. Байбулатова, Э.А. Бакиева ЖАЙЫЛМАЛЫ ПЕРИТОНИТТІҢ ЕМДЕЛУ ЕРЕКШЕЛІГІ | 24 |
| 7. Т.Б. Байжекенов, А.О. Байзуллина, Г.М. Садыкова МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖІТІ БУЗЫЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖИЛІГІ | 29 |
| 8. А.В. Баскакова ЕРІКТІЛЕР ҚЫЗМЕТІ ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫ ДАМУДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ ЕҢ ТИІМДІ ҮЛЕСІ РЕТІНДЕ | 33 |
| 9. Ж.Г. Бекмухамбетова, А.О. Байзуллина, А.Р. Қашкинбаева NIHSS ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ШКАЛАСЫ БОЙЫНША АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕЛЕРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖІТІ ИНСУЛЬТТІҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ | 38 |
| 10. А.Ф. Габдраутов ГИПЕРКАЛИЕМИЯ МЕХАНИЗМІ. ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІНДЕГІ ЖАҢА ШЕШІМДЕР | 43 |
| 11. Л.И. Гумерова, Э.Р. Хазиахметова ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІКТІҢ ӘСЕРІ | 51 |
| 12. А.М. Ысқақова, А.В. Елемесова СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҮРҒЫНДАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ САПАСЫ ТУРАЛЫ ӘЛЕУМЕТТІК САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІ | 56 |
| 13. Г.Б. Құдабаева, А.Т. Оспанова, А.Қ. Нуримова, Т.Н. Жумабаева КСМ ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКА ДАМУЫНЫҢ МОДЕЛІ РЕТІНДЕ | 62 |
| 14. М.К. Мажен, М. Мейрамбайқызы, Р.Ш. Тулеуова ЖҮРЕК-ТАМЫР АУРУЛАРЫМЕН ҚАНЫҚҚАН МАЙЛАРДЫ ТҰТЫНУ БАЙЛАНЫСЫ | 67 |
| 15. Ж.К. Маюкова, Б.М. Максымова, М.А. Мамырбаева БАЛАЛАРДАҒЫ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ВАСКУЛИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ | 71 |
| 16. М. Мейрамбайқызы, М.К. Мажен, Р.Ш. Тулеуова АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ КӨМІРСУЛАРДЫҢ РӨЛІ | 74 |
| 17. А.А. Мисечко, О.А. Говардовская ХАРЬКОВ ОБЛЫСЫНЫҢ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫН ТАЛДАУ | 77 |
| 18. Б.Т. Мукашев, Н.Т. Талғатова, Д.М. Тлеубаева, А.З. Мусина, Н.Т. Увалиева ЖҮРЕКШЕ ЖЫБЫРЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ВАРФАРИННІҢ АНТИКОАГУЛЯНТТЫҚ МҮМКІНШІЛІГІНІҢ САПАСЫ: SAME-TT₂R₂ ШКАЛАСЫМЕН БАҒАЛАУ | 82 |
| 19. В.Р. Никель, О.Б. Жандарбеков ҚР ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ӨКПЕ АУРУЫНАН БОЛАТЫН ӨЛІМ-ЖІТІМ ШЫҒЫНДАРЫН ТАЛДАУ | 87 |
| 20. А.Н. Николайчик, Т.В. Колесник ГИПЕРТОНИЯ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ҮРЕЙЛІК ПЕН ДЕПРЕССИЯНЫ БАҒАЛАУ | 93 |
| 21. А. Орысбай, Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, А.У. Иманбаева ЖҮКТІЛІККЕ ДЕЙІН УРОГЕНИТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ | 100 |

| | |
|---|-----|
| 22. Д.И. Пай, Ж. Нысанов, Г.В. Векленко, О.М. Алиев, Н.А. Сейтмаганбетова | |
| ӨМІРДІҢ БОЛЖАМДЫҚ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕГІ ТАМЫРЛЫҚ ЖАС | 105 |
| 23. Ж.М. Сахиева, К.Т. Жолбасканова | |
| БІЛІМ ДЕҢГЕЙІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӘСЕРІ | 111 |
| 24. У. Сонг | |
| АСТАНА ДЕКЛАРАЦИЯСЫ МЕН ОТБАСЫ МЕДИЦИНАСЫ СТУДЕНТТІҢ КӨЗІМЕН | 114 |
| 25. М.С. Таджинов, Б.О. Султанбекова, Ж.М. Калдрабекова, Т.Б. Онайбаева, С.Ж. Кулкаева | |
| МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН ӨЗІНДІК БАҒАЛАУЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ | 120 |
| 26. З. Танбетова, А.Р. Кашкинбаева, Л.М. Жамалиева, Ю.А. Замэ | |
| МОТИВАЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС НЕМЕСЕ ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗГЕРУІНЕ ЫҚПАЛ ЕТУ | 125 |
| 27. Д.С. Темирзакова, Г.Б. Казикенова, Л.М. Жамалиева, Б.К. Жолдин, А.А. Жаубатырова | |
| ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚОЛДАНУ ҮШІН ТОБЫҚ-ИЫҚ ИНДЕКСІНІҢ ПОТЕНЦИАЛЫ | 130 |
| 28. А.М. Төлегенова, Р.Н. Курмангазина, А.М. Ерболатова, Г.Т. Берікбай, И.С. Сапарова, Д.А. Булыгина, М.К. Назарбаева, Э.Б. Нурбаулина | |
| ЗАМАНАУИ СМАРТФОНДАРДЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ | 134 |
| 29. А.В. Чернецкий | |
| ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА ПНЕВМОНИЯ ЖӘНЕ ТҰМАУ СЕБЕПТЕРІ БОЙЫНША ӨЛІМ ЖАҒДАЙЫН ТАЛДАУ | 141 |
| 30. А. Казиев, Г.Л. Курманалина, Д.Г. Жаманкулова, М.Н. Абдешова | |
| ШЫЛЫМ ШЕГУ КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ ҚАУП ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ | 146 |

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| 1. М.Н. Абдешева, А. Казиев, Г.Л. Курманалина, Р.Т. Агзамова, Д.Г. Жаманкулова КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q И БЕЗ ЗУБЦА Q | 4 |
| 2. М.А. Айтжанова, Д.К. Бейсенбиева, Н.Т. Жексенби, У.А. Утебаева СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН | 7 |
| 3. С. Амандыкова, Д. Булыгина, Г.С. Дильмагамбетова СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ | 12 |
| 4. А. Асқар, А. Сарсенова, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алкенова НЕСИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ У ДЕТЕЙ | 18 |
| 5. А. Әжіханова, А. Мырзатхан, Д. Төлепова, А. Шакенова, С. Ысқак ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | 20 |
| 6. Л.Р. Байбулатова, Э.А. Бакиева ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА | 24 |
| 7. Т.Б. Байжекенов, А.О. Байзуллина, Г.М. Садыкова ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ | 29 |
| 8. А.В. Баскакова ВОЛОНТЕРСТВО КАК НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ВКЛАД СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ | 33 |
| 9. Ж.Г. Бекмухамбетова, А.О. Байзуллина, А.Р. Кашкинбаева ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ ШКАЛЕ NIHSS | 38 |
| 10. А.Ф. Габдраутов МЕХАНИЗМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ. НОВЫЕ РЕШЕНИЯ В ПРИНЦИПАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ | 43 |
| 11. Л.И. Гумерова, Э.Р. Хазиахметова ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ | 51 |
| 12. А.М. Искакова, А.В. Елемесова РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г. СЕМЕЙ О КАЧЕСТВЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ | 56 |
| 13. Г.Б. Кудабаева, А.Т. Оспанова, А.К. Нуримова, Т.Н. Жумабаева КСМ КАК МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ | 62 |
| 14. М.К. Мажен, М. Мейрамбайқызы, Р.Ш. Тулеуова СВЯЗЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСЫЩЕННЫХ ЖИРОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ | 67 |
| 15. Ж.К. Маюкова, Б.М. Максимова, М.А. Мамырбаева КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ | 71 |
| 16. М. Мейрамбайқызы, М.К. Мажен, Р.Ш. Тулеуова РОЛЬ УГЛЕВОДОВ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА | 74 |
| 17. А.А. Мисечко, О.А. Говардовская АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 77 |
| 18. Б.Т. Мукашев, Н.Т. Талгатова, Д.М. Тлеубаева, А.З. Мусина, Н.Т. Увалиева КАЧЕСТВО АНТИКОАГУЛЯНТНОГО КОНТРОЛЯ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ОЦЕНКА SAME-TT₂R₂ | 82 |
| 19. В.Р. Никель, О.Б. Жандарбеков АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ПО СМЕРТНОСТИ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК | 87 |
| 20. А.Н. Николайчик, Т.В. Колесник ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ | 93 |
| 21. А. Орысбай, Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, А.У. Иманбаева ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ДО БЕРЕМЕННОСТИ | 100 |

| | |
|--|-----|
| 22. Д.И. Пай, Ж. Нысанов, Г.В. Векленко, О.М. Алиев, Н.А. Сейтмаганбетова СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЖИЗНИ | 105 |
| 23. Ж.М. Сахиева, К.Т. Жолбасканова ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ | 111 |
| 24. У. Сонг АСТАНИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ И СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА | 114 |
| 25. М.С. Таджинов, Б.О. Султанбекова, Ж.М. Калдрабекова, Т.Б. Онайбаева, С.Ж. Кулкаева СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА | 120 |
| 26. З. Танбетова, А.Р. Кашкинбаева, Л.М. Жамалиева, Ю.А. Замэ МОТИВИРУЮЩЕЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ИЛИ КАК ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ ИЗМЕНИТЬСЯ | 125 |
| 27. Д.С. Темирзакова, Г.Б. Казикенова, Л.М. Жамалиева, Б.К. Жолдин, А.А. Жаубатырова ПОТЕНЦИАЛ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ | 130 |
| 28. А.М. Төлегенова, Р.Н. Курмангазина, А.М. Ерболатова, Г.Т. Берікбай, И.С. Сапарова, Д.А. Бульгина, М.К. Назарбаева, Э.Б. Нурбаулина ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СМАРТФОНОВ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ | 134 |
| 29. А.В. Чернецкий АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ ПНЕВМОНИИ И ГРИППА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ | 141 |
| 30. А. Казиев, Г.Л. Курманалина, Д.Г. Жаманкулова, М.Н. Абдешова КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ | 146 |

CONTENT

| | |
|---|-----|
| 1. M.N. Abdesheva, A. Kaziyev, G.L. Kurmanalina, R.T. Agzamova, D.G. Zhamankulova CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH Q- AND NON-Q WAVE MYOCARDIAL INFARCTION | 4 |
| 2. M.A. Aitzhanova, D.K. Beisenbiyeva, N.T. Zheksenbi, U.A. Utebayeva COMPARATIVE CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOCAL ANESTHETICS USED IN PREGNANT WOMEN | 7 |
| 3. S. Amandykova, D.Bulygina, G.S. Dilmagambetova THE DEGREE OF READINESS OF THE GENERAL PRACTITIONER SPECIALTY INTERNS TO INDEPENDENT PRACTICE | 12 |
| 4. A. Askar, A. Sarsenova, R.K. Nazarbayeva, N.U. Alekeneva NON-SYSTEMATIC REVIEW ON THE RESULTS OF THE CLINICAL PROTOCOL FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TRAUMATIC DISORDERS IN CHILDREN | 18 |
| 5. A. Azhikhanova, A. Myrzatkhon, D. Tolepova, A. Shakenova, S. Yskak EVALUATION OF THE KIDNEYS FUNCTIONAL CONDITION IN PATIENTS WITH DIABETES .. | 20 |
| 6. L.R. Baybulatova, E.A. Bakiyeva FEATURES OF DIFFUSE PERITONITIS TREATMENT | 24 |
| 7. T.B. Bayzhekenov, A.O. Bayzullina, G.M. Sadykova FREQUENCY OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE BRAIN CIRCULATION DISORDER | 29 |
| 8. A.V. Baskakova VOLUNTERING AS THE MOST EFFICIENT STUDENTS CONTRIBUTION TO THE FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT | 33 |
| 9. Zh.G. Bekmukhambetova , A.O. Bayzullina , A.R. Kashkinbayeva RISK FACTORS FOR ACUTE STROKE ACORDING TO THE INTERNATIONAL SCALE NIHSS .. | 38 |
| 10. A.F. Gabdrautov THE MECHANISM OF HYPERKALEMIA. NEW SOLUTIONS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT | 43 |
| 11. L.I. Gumerova, E.R. Khaziakhmetova INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE ELDERLY PATIENTS HEALTH | 51 |
| 12. A.M. Iskakova, A.V. Elemesova THE SOCIOLOGICAL SURVEY RESULTS OF THE HEALTH CARE PROVISION QUALITY OF SEMEY CITY POPULATION | 56 |
| 13. G.B. Kudabayeva, A.T. Ospanova, A.K. Nurimova, T.N. Zhumabayeva FMC AS A MODEL FOR THE GENERAL MEDICAL PRACTICE DEVELOPMENT | 62 |
| 14. M.K. Mazhen, M. Meirambaykyzy, R.SH. Tuleuova THE RELATIONSHIP OF CONSUMPTION OF SATURATED FATS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES | 67 |
| 15. ZH.K. Mayukova, B. M.Maksimova, M.A. Mamyrbayeva CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN | 71 |
| 16. M. Meirambaykyzy, M.K. Mazhen, R.SH. Tuleuova ROLE OF CARBOHYDRATE IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS | 74 |
| 17. A.A. Misechko, O.A. Govardovskaya ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS AMONG MEDICAL WORKERS IN THE KHARKOV REGION ROLE OF CARBOHYDRATE IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS | 77 |
| 18. B.T. Mukashev, N.T. Talgatova, D.M. Tleubayeva, A.Z. Mussina, N.T. Uvaliyeva THE QUALITY OF ANTICOAGULANT CONTROL OF WARFARIN IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION: SAME-TT₂R₂ ASSESSMENT | 82 |
| 19. V.R. Nickel, O.B. Zhandarbekov MORTALITY FROM CHRONIC LUNG DISEASES IN THE KARAGANDA REGION OF RK | 87 |
| 20. A.N. Nikolaychik, T.V. Kolesnik ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE | 93 |
| 21. A. Orysbai, B.K. Karimsakova, N.A. Abenova, A.U. Imanbayeva EFFICIENCY OF UROGENITAL INFECTION TREATMENT BEFORE PREGNANCY | 100 |
| 22. D. Pay, ZH. Nysanov, G. Veklenko, O. Aliev, N. Seytmaganbetova VASCULAR AGE AS A PROGNOSTIC FACTOR OF LIFE | 105 |

| | |
|--|-----|
| 23. ZH.M. Sakhiyeva, K.T. Zholbaskanova THE IMPACT OF EDUCATION ON HEALTH INDICATORS | 111 |
| 24. U. Song ASTANA DECLARATION AND FAMILY MEDICINE THROUGH THE EYES OF A STUDENT | 114 |
| 25. M.S. Tadzhinov, B.O. Sultanbekova, J.M. Kaldybekov, T.B. Onalbaeva, S.J. Kulkayeva COMPARATIVE ANALYSIS OF LIFE QUALITY SELF-ASSESSMENT OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS | 120 |
| 26. Z. Tanbetova, A.R. Kashkinbaeva, L.M. Zhamaliyeva, YU.A. Zame MOTIVATING CONSULTATION OR HOW TO HELP PATIENT TO CHANGE | 125 |
| 27. D.S. Temirzakova, G.B. Kazikenova, L.M. Zhamaliyeva, B.K. Zholdin, A.A. Zhaubatyrova POTENTIAL OF THE ANKLE-BRACHIAL INDEX FOR USE IN GENERAL PRACTICE: THE RESULTS OF A PILOT STUDY | 130 |
| 28. A.M. Tulegenova, R.N. Kurmangazina, A.M. Erbolatova, G.T. Berikbai, I.S. Saparova, D.A. Bulygina, M.K. Nazarbayeva, E.B. Nurbaulina THE IMPACT OF MODERN SMARTPHONES ON THE HEALTH OF SCHOOLCHILDREN | 134 |
| 29. A.V. Chernetsky MORTALITY FROM PNEUMONIA AND FLU IN THE KARAGANDA REGION | 141 |
| 30. A. KAZIYEV, G.L. KURMANALINA, D.G. ZHAMANKULOVA, M.N. ABDESHEVA SMOKING AS A RISK FACTOR FOR CORONARY ARTERY DISEASE | 146 |