



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

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

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

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

Редакцияның және баспахананың мекенжайы:

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

Редакциялық-баспа орталығы

Техникалық редактор: С.Д. Оразов

Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева

А.С. Уркунова

Л.Т. Татанова

Шыққан күні: 30.06.23

Таралымы 500 дана

Тапсырыс № 23/0807

Марат Оспанов атындағы БҚМУ

Редакциялық-баспа орталығында

басылып түптелді



65 (2) 2023

Бас редактор: А.А. Калиев

Бас редактордың орынбасары: Н.М. Мусин

Жауапты хатшы: Г.М. Жармаханова

Ғылыми редактор: Г.С. Дильмагамбетова

Жауапты шығарушы редактор: В.И. Кононец

Статистикалық редактор: А.М. Гржибовский (Ресей)

Редакциялық ұжым

Е.Ш. Базарғалиев

А.Д. Балмагамбетова

С.К. Балмагамбетова

А.М. Баспакова

Г.А. Батырова

Т.А. Джаркенов

Б.С. Жакиев

А.К. Жумагазина

Л.С. Ермуханова

Е.М. Изтлеуов

Б.Ж. Каримова

Г.К. Кошмаганбетова

Х.И. Кудабая

Н.М. Мусин

Р.Е. Нурғалиева

Г.А. Смагулова

Р. М. Ураз

Редакциялық кеңес

Л.Р. Ахмадеева (Ресей)

Е.Ж. Бекмухамбетов (Ақтөбе, Қазақстан)

Л.О. Бигрен (Швеция)

Н.Н. Бримкулов (Қырғызстан)

А.В. Виканес (Норвегия)

В.В. Власов (Ресей)

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

Б.К. Жолдин (Ақтөбе, Қазақстан)

М.К. Изтлеуов (Ақтөбе, Қазақстан)

О-Дэ Квон (Корея)

Т.Т. Киспаева (Қарағанды, Қазақстан)

Р.С. Кузденбаева (Алматы, Қазақстан)

Г. Маккиарелли (Италия)

А.А. Мамырбаев (Ақтөбе, Қазақстан)

С.А. Нотола (Италия)

К.Ж. Сакиева (Ақтөбе, Қазақстан)

Т.Ш. Шарманов (Алматы, Қазақстан)

Р.Э. Чобанов (Өзірбайжан)



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

Журнал впервые зарегистрирован 08.12.2003 г.

Регистрационный номер 4495-Ж.

Издается с 2004 г.

Свидетельство о постановке на переучет

№17673-Ж от 18.04.2019 г. выдано

Министерством по информации и коммуникациям
Республики Казахстан.

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

Почтовый адрес редакции и типографии:

030019, г. Актобе,
ул. Маресьева, 68,
морфологический корпус, каб. 108,
Редакция журнала "West Kazakhstan Medical
Journal"
тел./факс: 8/7132/56-23-87,
e-mail: journal@zkgmu.kz

Редакционно-издательский центр

Технический редактор: С.Д. Оразов

Корректоры: С.У. Тогызбаева
Л.Т. Татанова
А.С. Уркунова

Дата выпуска: 30.06.23

Тираж 500 экз.

Заказ № 23/0807

Отпечатано в Редакционно-издательском центре
ЗКМУ имени Марата Оспанова



65 (2) 2023

Главный редактор: А.А. Калиев

Зам. главного редактора: Н.М. Мусин

Ответственный секретарь: Г.М. Жармаханова

Научный редактор: Г.С. Дильмагамбетова

Ответственный выпускающий редактор: В.И. Кононец

Статистический редактор: А.М. Гржибовский (Россия)

Редакционная коллегия

Е.Ш. Базаргалиев
А.Д. Балмагамбетова
С.К. Балмагамбетова
А.М. Баспакова
Г.А. Батырова
Т.А. Джаркенов
Б.С. Жакиев
А.К. Жумагазина
Л.С. Ермуханова
Е.М. Изтлеуов
Б.Ж. Каримова
Г.К. Кошмаганбетова
Х.И. Кудабасева
Н.М. Мусин
Р.Е. Нургалиева
Г.А. Смагулова
Р. М. Ураз

Редакционный совет

Л.Р. Ахмадеева (Россия)
Е.Ж. Бекмухамбетов (Актобе, Казахстан)
Л.О. Бигрен (Швеция)
Н.Н. Бримкулов (Кыргызстан)
А.В. Вikanес (Норвегия)
В.В. Власов (Россия)
Ж.А. Доскалиев (Нур-Султан, Казахстан)
Б.К. Жолдин (Актобе, Казахстан)
М.К. Изтлеуов (Актобе, Казахстан)
О-Дэ Квон (Корея)
Т.Т. Киспаева (Караганда, Казахстан)
Р.С. Кузденбаева (Алматы, Казахстан)
Г. Маккиарелли (Италия)
А.А. Мамырбаев (Актобе, Казахстан)
С.А. Нотолла (Италия)
К.Ж. Сакиева (Актобе, Казахстан)
Т.Ш. Шарманов (Алматы, Казахстан)
Р.Э. Чобанов (Азербайджан)

WEST KAZAKHSTAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly peer reviewed journal



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

The Journal was first registered on December 8, 2003.

Registration number is 4495-Ж.

The Journal has been published since 2004.

Certificate of re-registration

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

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

Postal address of the Editorial office and Printing house:

030019, Aktobe

Maresyev str., 68

Morphological department, 108 room

*The Editorial office of the journal "West
Kazakhstan Medical Journal"*

Telephone/Fax: 8 /7132/56-23-87

e-mail: journal@zkgmu.kz

Editorial Publishing Center

Technical editor: S.D. Orazov

Proofreaders: S.U. Togyzbayeva

L.T. Tatanova

A.S. Urkunova

Date of issue: 30.06.23

Circulation is 500 copies

Order № 23/0807

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



65 (2) 2023

Chief editor: A.A. Kaliyev

Deputy chief editor: N.M. Mussin

Executive secretary: G.M. Zharmakhanova

Scientific editor: G.S. Dilmagambetova

Executive editor: V.I. Kononets

Statistical editor: A.M. Grijbovski (Russia)

Editorship

Ye.Sh. Bazargaliyev

A.D. Balmagambetova

S.K. Balmagambetova

A.M. Baspakova

G.A. Batyrova

T.A. Jarkenov

B.S. Zhakiyev

A.K. Zhumagazina

L.S. Yermukhanova

M.K. Iztleuov

B.Zh. Karimova

G.K. Koshmagambetova

Kh.I. Kudabayeva

N.M. Mussin

R.E. Nurgaliyeva

G.A. Smagulova

R.M. Uraz

Editorial board

L.R. Akhmedeyeva (Russia)

Ye.Zh. Bekmukhambetov (Aktobe, Kazakhstan)

L.O. Bygren (Sweden)

N.N. Brimkulov (Kyrgyzstan)

A.V. Vikanes (Norway)

V.V. Vlasov (Russia)

Zh.A. Doskaliyev (Nur-Sultan, Kazakhstan)

B.K. Zholdin (Aktobe, Kazakhstan)

M.K. Iztleuov (Aktobe, Kazakhstan)

O-De Kwon (Korea)

T.T. Kispayeva (Karaganda, Kazakhstan)

R.S. Kuzdenbayeva (Almaty, Kazakhstan)

G. Macchiarelli (Italy)

A.A. Mamyrbayev (Aktobe, Kazakhstan)

S.A. Notolla (Italy)

K.Zh. Sakiyeva (Aktobe, Kazakhstan)

T.Sh. Sharmanov (Almaty, Kazakhstan)

R.E. Chobanov (Azerbaijan)

ISSN 2707-6180 БҚМЖ № 2011 1-120

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-53-61
 УДК 614.212:578.834.1-07-08
 МРНТИ 76.75.75

COVID–19-БЕН АУЫРҒАН ПАЦИЕНТТЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫҢ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ: САПАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

М.А. АРТЫКБАЕВА, С.Т. ТАЖБЕНОВА, М.Б. КУРГАНБЕКОВА, К.Б. ТУРДАЛИНА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

М.А.Артыкбаева – <https://orcid.org/0000-0002-3884-2743>
 С.Т.Тажбенова – <https://orcid.org/0000-0002-4073-0070>
 М.Б.Курганбекова – <https://orcid.org/0000-0002-8322-6595>
 К.Б.Турдалина – <https://orcid.org/0000-0002-1665-2578>

Citation/
 библиографиялық сілтеме/
 библиографическая ссылка:

Artykbayeva MA, Tazhbenova ST, Kurganbekova MB, Turdalina KB. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;63(2):53-61

Артыкбаева МА, Тажбенова СТ, Курганбекова МБ, Турдалина КБ. Covid–19-бен ауырған пациенттерге медициналық оңалтудың амбулаториялық деңгейде ұйымдастырылуы: сапалық зерттеу нәтижелері. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):53-61

Артыкбаева МА., Тажбенова СТ., Курганбекова МБ., Турдалина КБ. Организация медицинской реабилитации больных covid-19 на амбулаторном уровне: результаты качественного исследования. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2) 53-61

Medical Rehabilitation for the Patients with COVID-19 at the Outpatient Level: Qualitative Study Results

M.A.Artykbayeva, S.T.Tazhbenova, M.B. Kurganbekova, K.B. Turdalina
 Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Medical rehabilitation is a key public health strategy in the 21st century. For patients infected with COVID-19, comprehensive rehabilitation improves their workload, life quality, improves respiratory function performance, reduces complaints, and improves their physical and mental condition. Rehabilitation after suffering from COVID-19 should be carried out as early as possible, comprehensively and rationally, taking into account the clinical features of the disease, individual and psychological factors. The earlier the medical rehabilitation of a patient begins, the shorter the recovery period and the less likely it is to develop complications. Medical rehabilitation should be continuous, continuity of treatment should be observed (Hospital, Rehabilitation Center, Polyclinic, sanatorium-resort period, dispensary control). This issue served as the basis for a study of medical rehabilitation measures carried out on patients with COVID-19 at the level of primary health care.

Purpose: to conduct a qualitative research of medical rehabilitation activities of patients with COVID-19.

The necessary data for the study were the list of patients who received rehabilitation treatment in 2022 in the city Polyclinic No. 1, the list of patients who received medical rehabilitation in the physiotherapeutic Department of the Polyclinic.

Methods: a qualitative research method (interviews). For the interview, 18 patients were selected from patients who received medical rehabilitation by a random method (n=18). The results of audio recordings of experts conducted with the consent of the respondents were documented in Microsoft Word. To analyze the information obtained, a content analysis was carried out.

Results. As a result of the content analysis, three categories and several subcategories were obtained. Category I: physiological problems: constituted the subcategory of physical exertion. They were: general weakness, fatigue, shortness of breath, sleep disorders, cough, poor appetite, etc. Patients who received medical rehabilitation noted a decrease in these complaints and an improvement in their general condition. Category II: psychological problems: fear, anxiety, self – blame, risk of chronic illness-these complaints formed a subcategory. As a result of the study, the respondents showed that in most cases on their psychological problems were limited only to the help of a general practitioner. Category III: for the category of social problems: the value of life, the dignity of the family, a sense of care, care for Health formed a subcategory.

Conclusion. It was found that the state of patients physical health improved after medical rehabilitation. According to the patients psychological state, the clinic needs to improve the assistant of psychology specialists. In patients, positive experiences and changes after illness took the form of gratitude to family and medical staff assistant and care.

Keywords: COVID-19, medical rehabilitation, qualitative research, physiological problems



М.А. Артыкбаева
 e-mail: m-artykbaeva@mail.ru

Received/
 Келін түсті/
 Поступила:
 10.04.2023

Accepted/
 Басылымға қабылданды/
 Принята к публикации:
 22.05.2023

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

Covid-19-бен ауырған пациенттерге медициналық оңалтудың амбулаториялық деңгейде ұйымдастырылуы: сапалық зерттеу нәтижелері

М.А. Артыкбаева, С.Т. Тажбенова, М.Б. Курганбекова, К.Б. Турдалина
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Медициналық оңалту – ХХІ ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі стратегиясы. COVID-19 инфекциясын жұқтырған науқастар үшін кешенді оңалту олардың жұмыс жүктемесін, өмір сапасын жақсартады, тыныс алу функциясының көрсеткіштерін жақсартады, шағымдарын азайтады, физикалық және психикалық жағдайын жақсартады. COVID-19-бен ауырғаннан кейінгі оңалту аурудың клиникалық ерекшеліктерін, жеке және психологиялық факторларды ескере отырып, мүмкіндігінше ертерек, кешенді және ұтымды жүргізілуі тиіс. Пациентті медициналық оңалту неғұрлым ерте басталса, сауығу мерзімі соғұрлым қысқа болады және асқынулардың даму ықтималдығы аз болады. Медициналық оңалту үздіксіз болуы керек, емдеу сабақтастығы сақталуы керек (стационар, оңалту орталығы, емхана, санаторлық-курорттық кезең, диспансерлік бақылау). Бұл мәселе медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде COVID-19-бен ауырған пациенттерге жүргізілген медициналық оңалту шараларын зерттеуге негіз болды.

Зерттеудің мақсаты: COVID-19-бен ауырған пациенттерге жүргізілген медициналық оңалту іс-шараларын сапалық зерттеу

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге қажетті мәлімет ретінде №1 қалалық емхана бойынша 2022 жылы реабилитациялық ем алған пациенттердің тізімі, емхананың физиотерапевтік бөлімінде медициналық оңалту алған пациенттер тізімі қарастырылды. Зерттеу дизайны: сапалық зерттеу.

Зерттеу әдісі: әлеуметтік әдіс (сұхбат жүргізу). Сұхбат жүргізу үшін кездейсоқ әдіспен медициналық оңалту алған пациенттерден 18 науқас іріктеліп алынды (n=18). Респонденттердің келісімімен жүргізілген сарапшылардың аудио жазбаларының нәтижелері Microsoft Word-та құжатталынды. Зерттеу нәтижесінде алынған ақпараттарды талдау үшін контент-талдау жүргізілді.

Нәтижелері. COVID-19 - бен емделген пациенттердің медициналық оңалту алу тәжірибесін зерттеуде қолданылған контент-талдау нәтижесінде үш санат және бірнеше ішкі санаттар алынды. I санат: Физиологиялық мәселелер: физикалық ауыртпалықтар ішкі санатын құрады. Олар: жалпы әлсіздік, шаршау, еңтігу, ұйқы бұзылысы, жөтел, тәбеттің нашарлығы, т.б. болды. Медициналық оңалту алған пациенттер бұл шағымдардың азайғанын және жалпы жағдайларының жақсарғанын атады. II санат: Психологиялық мәселелер: қорқыныш, үрей, өзін кінәлау, созылмалы ауру қаупі – бұл шағымдар ішкі санатты құрады. Зерттеу нәтижесінде респонденттер психологиялық мәселелері бойынша көп жағдайда тек жалпы тәжірибелік дәрігер көмегімен шектелгендерін көрсетті. III санат: Әлеуметтік мәселелер категориясы үшін: өмірдің құндылығы, отбасының қадірі, қамқорлықты сезіну, денсаулығына мән беру ішкі санатты құрады.

Қорытынды. Сұхбат жүргізу нәтижесінде пациенттердің медициналық оңалтудан кейін физикалық денсаулық жағдайы жақсарғандығы анықталды. Психологиялық жағдайына сәйкес пациенттерге емхана психолог мамандарының көмегін жетілдіруді қажет етеді. Пациенттерде аурудан кейінгі оң тәжірибе мен өзгерістер өз денсаулығына жауапкершілікті қабылдаумен қатар, отбасына, медициналық қызметкерлерге, жалпы мемлекетке деген көмек пен қамқорлық үшін ризашылық түрінде болды.

Негізгі сөздер: COVID-19, медициналық оңалту, сапалық зерттеу, психологиялық мәселелер

Организация медицинской реабилитации больных covid-19 на амбулаторном уровне: результаты качественного исследования

М.А. Артыкбаева, С.Т. Тажбенова, М.Б. Курганбекова, К.Б. Турдалина
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе, Казахстан

Медицинская реабилитация - ключевая стратегия общественного здравоохранения в 21-ом веке. Для пациентов, инфицированных COVID-19, комплексная реабилитация улучшает их рабочую нагрузку, качество жизни, улучшает показатели дыхательной функции, уменьшает жалобы, улучшает физическое и психическое состояние. Реабилитация после заражения COVID-19 должна проводиться как можно раньше, комплексно и рационально с учетом клинических особенностей заболевания, индивидуальных и психологических

факторов. Чем раньше начата медицинская реабилитация пациента, тем короче срок выздоровления и тем меньше вероятность развития осложнений. Медицинская реабилитация должна быть непрерывной, должна соблюдаться преемственность лечения (стационар, реабилитационный центр, поликлиника, санаторно-курортный период, диспансерное наблюдение). Эта проблема легла в основу исследования мер медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Цель: качественное исследование медицинских реабилитационных мероприятий, проведенных на пациентах, перенесших COVID-19, т. е. оценка реабилитационных мероприятий мер путем проведения метода социального опроса (интервью).

Методы. В качестве необходимых данных для исследования был рассмотрен список пациентов, получивших реабилитационное лечение в городской поликлинике №1 в 2022 году, список пациентов, получивших медицинскую реабилитацию в физиотерапевтическом отделении поликлиники. Дизайн исследования: качественное исследование.

Социальный метод (проведение интервью). Для проведения интервью случайным образом отобраны 18 пациентов, получивших медицинскую реабилитацию (n=18). Результаты аудиозаписей респондентов, с их предварительного согласия, были задокументированы в Microsoft Word. Для анализа информации, полученной в результате исследования, был проведен контент-анализ.

Результаты. Согласно проведенному контент-анализу, из данных интервью были выявлены три категории и, соответственно, три основные темы.

Категория I: физиологические проблемы: физические нагрузки составляют подкатегорию. Это были: общая слабость, утомляемость, одышка, нарушения сна, кашель, плохой аппетит и т. д. Пациенты, получившие медицинскую реабилитацию, отметили уменьшение этих жалоб и улучшение общего состояния. Категория II: психологические проблемы: страх, тревога, чувство вины, риск хронических заболеваний – эти жалобы составляли подкатегорию. В результате исследования респонденты показали, что по психологическим проблемам в большинстве случаев ограничивались только помощью врача общей практики.

Категория III: для категории социальных проблем: в качестве кодов были определены такие понятия, как ценность жизни, ценность семьи, чувство заботы, забота о своем здоровье.

Выводы. В результате проведения интервью было установлено, что состояние физического здоровья пациентов после медицинской реабилитации улучшилось. В соответствии с психологическими проблемами пациентов, поликлиника нуждается в совершенствовании помощи специалистов-психологов. У пациентов положительный опыт и изменения после болезни были в форме благодарности за помощь и заботу семье, медицинскому персоналу, государству в целом, а также принятия ответственности за собственное здоровье.

Ключевые слова: COVID-19, медицинская реабилитация, качественное исследование, психологические проблемы

Кіріспе

Медициналық оңалту – 21 ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі стратегиясы.

COVID-19 ауруының пандемиясына дейін бүкіл әлем бойынша кем дегенде әрбір үшінші адам аурудың немесе жарақаттың қандай да бір кезеңінде медициналық оңалтуды қажет етеді деп күтілген [1-4].

COVID-19 инфекциясын жұқтырған пациенттер үшін кешенді оңалту олардың жұмыс жүктемесін, тыныс алу функциясының көрсеткіштерін, өмір сапасын жақсартады, шағымдарын азайтады, физикалық және психикалық жағдайын жақсартады. Осыған сәйкес бүгінгі таңда біз коронавирус инфекциясын басынан өткерген пациенттерге оңалту амбулаториялық-емханалық ұйым жағдайында мүмкіндігінше ертерек басталуы керек екендігімен келісеміз [5, 6].

ДДҰ сарапшылары медициналық оңалтуды ауруды емдеу кезеңінде мүгедектіктің алдын алу және

пациентке қазіргі ауру шеңберінде қабілетті болатын максималды физикалық, психикалық, кәсіптік, әлеуметтік және экономикалық толықтығына қол жеткізуге көмектесу болып табылатын процесс ретінде анықтайды [7]. Пациентті медициналық оңалту неғұрлым ерте басталса, сауығу мерзімі соғұрлым қысқа болады және асқынулардың даму ықтималдығы аз болады [8].

Медициналық оңалту үш кезеңмен жүзеге асырылады. Бірінші кезең жіті және бейінді бөлімшелерде және жан сақтау бөлімшелерінде басталады. Екіншісі - бұл тәулік бойы жұмыс істейтін стационарлық бөлім, онда медициналық персоналдың бақылауына мұқтаж пациенттер жіберіледі. Үшінші кезең – амбулаториялық-емханалық бөлімшелер, күндізгі стационарлар және наукасты үйден емдеу, бұл жағдайда дәрігерлердің ұсыныстарын пациенттің өзі орындауы керек. Медициналық оңалту үздіксіз

болуы керек, сонымен бірге, емдеу сабақтастығы сақталуы керек (стационар, оңалту орталығы, емхана, санаторлық-курорттық кезең, диспансерлік бақылау). Амбулаториялық деңгейдегі медициналық оңалту іс-шаралары күндізгі стационарларда, емханалар мен оңалту орталықтарында және мамандандырылған шипажайларда жүргізіледі. Осы ретте мән беруге тиісті негізгі көрсеткіштердің бірі – санаторлық – курорттық ем. Халықтың басым көпшілігі, әсіресе егде жастағы пациенттер үшін жергілікті шипажайлар мен алдын алу мекемелерінде ем алу ең тиімді және қолжетімді, бұл өзіміздің климаттық аймақта оңалту шараларын жүргізуге мүмкіндік береді [9].

Елімізде бұл көмек түрі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 7 қазандағы «Медициналық оңалту көрсету қағидаларын бекіту туралы» № ҚР ДСМ-116/2020 бұйрығымен реттелген. Ауырғандардың басым бөлігі амбулаториялық-емханалық қызмет деңгейінде емделуде, сонымен бірге коронавирустан кейінгі медициналық оңалтуды емханалар міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) есебінен көрсетіп отыр [10].

Отандық зерттеулердің бірі емхана құрамындағы күндізгі стационар жағдайында коронавирус ауруынан кейін оңалту емін алған пациенттердің өмір сапасын бағалау болды. Зерттеу нәтижесінде коронавируспен ауырған пациенттердің жалпы денсаулық көрсеткіштерінің төмендеуіне байланысты олардың өмір сүру сапасы да төмендейтіні анықталған. Осыған сәйкес кешенді медициналық оңалту іс-шараларының ұзақ уақыт жүргізілуі қажеттілігі көрсетілген [8].

Қытай Халық Республикасы бір топ ғалымдары COVID-19-дан айығып ауруханадан шығарылған ересек пациенттердің ауру салдарын бақылау мақсатында ұзақ мерзімге созылған үлкен когорттық зерттеу (n = 1733) жүргізген. Аурудың неғұрлым ауыр ағымы болған пациенттерде емделгеннен кейін 6 айға жуық уақыт аралығында пациенттерде шаршау, бұлшықет әлсіздігі, ұйқының бұзылуы, мазасыздық немесе депрессия белгілері пайда болған. Зерттеушілердің пайымдауына сәйкес бұл пациенттер медициналық оңалтуды ұзақ мерзімде жүргізілуін қажет ететін негізгі мақсатты топ болып табылады [11, 12].

Біз зерттеу аясында әдебиеттік шолу жасау барысында COVID-19-бен ауырған пациенттерге медициналық оңалтуды көрсетудің амбулаториялық деңгейі бойынша зерттеулер аз көлемде, стационарлық мәліметтер негізінде жасалынған зерттеулер екенін көруге болады. Сондықтан біздің зерттеуіміз медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде COVID-19-бен ауырған пациенттерге жүргізілген медициналық оңалту шараларын зерттеуге негіз болды.

Зерттеудің мақсаты

COVID-19-бен ауырған пациенттерге амбулаториялық деңгейде жүргізілген медициналық оңалту іс-шараларын сапалық зерттеу

Материалдар мен әдістер

Зерттеу дизайны: сапалық зерттеу

Сапалық зерттеу – бұл нақты мәселелерді зерттейтін және тереңірек түсінік беретін зерттеу түрі [13]. Сапалық зерттеу қатысушылардың тәжірибесін, олардың құбылысты қабылдауын және осы құбылысқа қатысты мінез-құлқын қарастырады. Ол «қалай» және «неге» деген сұрақтарға жауап береді. Сапалық зерттеулердің күшті жақтарының бірі – олардың әдетте сандық бағалауға қиындық туғызатын адамның мінез-құлқындағы процестер мен мінез-құлық модельдерін түсіндіру қабілеті.

Адамдардың қандай да бір қарастырылатын жағдай барысындағы қобалжулары, өзара қарым-қатынастары және мінез-құлық ерекшеліктері сияқты құбылыстарды сандық түрде дәл көрсету қиын болуы мүмкін, ал сапалық тәсіл қатысушыларға белгілі бір уақытта немесе қарастырылып отырған жағдайда олардың не ойлағанын, не сезінгенін және қалай немесе не үшін басынан өткергенін түсіндіруге мүмкіндік береді [14].

Зерттеу Ақтөбе қаласының №1 қалалық емханасы бойынша 2022 жылы медициналық оңалту алған пациенттерге жүргізілді. Пациенттер Ақтөбе қаласы №1 қалалық емханасының физиотерапевтік бөлімінде, «ЮКОН» санаторий-профилакторийінде, Ақтөбе темір жолы ауруханасында, Ақтөбе облыстық физиопульмонологиялық орталығында медициналық оңалтудан өткен. Зерттеуге 2022 жылы медициналық оңалту алған пациенттер ішінен кездейсоқ әдіспен 18 пациент іріктеліп алынды (n=18). Іріктеу теориялық қанықтыру (сатурация) негізінде қалыптасты. Зерттеуге енгізу критерийлері: медициналық оңалтудан өткен, жасы 18-ден жоғары пациенттер; Зерттеуге шектеу критерийлері: балалар және өз бетімен медициналық оңалтудан өткен пациенттер.

Зерттеу мақсатына сәйкес COVID-19-бен ауырған пациенттерге жүргізілген медициналық оңалту іс-шараларын бағалау үшін медициналық оңалту алған пациенттерге жартылай құрылымдалған сұхбат жүргізу әдісі қолданылды.

Жартылай құрылымдық сұхбат жүргізуде интервьюер тек негізгі әңгімелесу тақырыбына сәйкес дайындалған сұрақтар тәртібін қатаң сақтамауға және еркін қоюға, сұрақтарды қайта құруға, нақтылау сұрақтарын қоюға болатын сценарий бойынша жүргізе алады. Зерттеушінің қалауы бойынша болуы мүмкін сұхбаттағы еркіндік жоспарланған тақырыптарды қамтуға кепілдік бола алады [15].

Сұхбат (интервью) жүргізу әдістемесі

Сұхбат жүргізу үшін пациенттерге арнайы сұрақтар дайындалды. Сұхбат жүргізу уақыты 20-25 минут уақытты құрады.

Жартылай құрылымдалған сұхбат жүргізу кезеңінде осы әдістің барлық ережелері сақталды. Алынған ақпаратты өңдеу үшін респонденттердің келісімімен жүргізілген сарапшылардың аудио жазбаларының нәтижелері Microsoft Word-та құжатталынды. Зерттеу үшін құнды және талдау санаттарының «елегінен» өткен барлық ақпаратты бөліп аламыз. Нәтижесінде

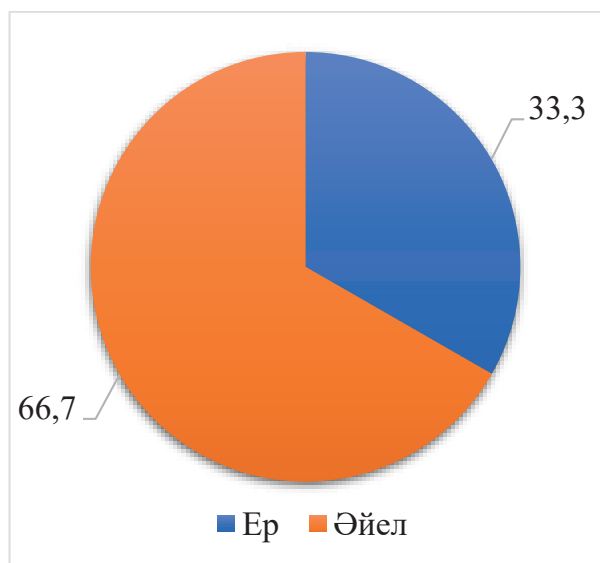
интерпретациялық феноменологиялық тәсіл арқылы респонденттердің COVID-19-дан кейін алған медициналық оңалту туралы пікірлерін зерттеу жүргізілді.

Интерпретациялық феноменологиялық тәсіл сапалық зерттеуді жүргізу үшін қолданылуы мүмкін. Басқаша айтқанда, интерпретациялық феноменология құбылысты немесе феноменді түсінуге және түсіндіруге көбірек көңіл бөледі. Бұл тәсіл адамдардың жасырын және сырт көзге көрінбейтін тәжірибесі туралы тереңірек мәліметтер береді [16-18].

Зерттеу нәтижесінде алынған ақпараттарды талдау үшін контент-талдау жүргізілді.

Нәтижелері мен талқылау.

Сұхбатқа қатысушы пациенттердің (n=18) 66,7%-н әйелдер, 33,3%-н ерлер құрады (сурет 1).



Сурет 1 – Зерттеуге қатысушы пациенттердің жыныстық құрылымы (%)

Жасы бойынша 18-44 жас аралығындар 11,1%, 45-69 жас аралығындар 33,3% және 60-74 жас аралығындар 55,7% болды (сурет 2).

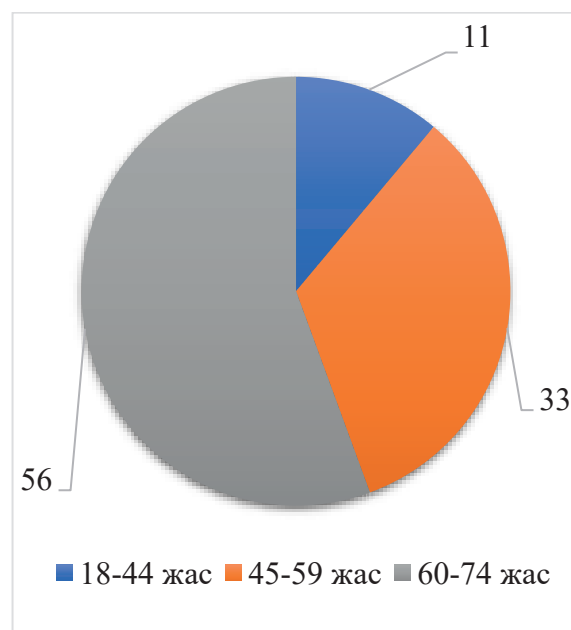
Әлеуметтік статусы бойынша барлық қатысушылардың 50%-н зейнеткерлер, 11,1%-н жұмысшылар, 38,9%-н жұмыссыздар құрады (сурет 3).

Зерттеу бойынша алынған деректерге контент-талдау жасалу нәтижесінде үш негізгі тақырып алынды (1-кесте). Олар:

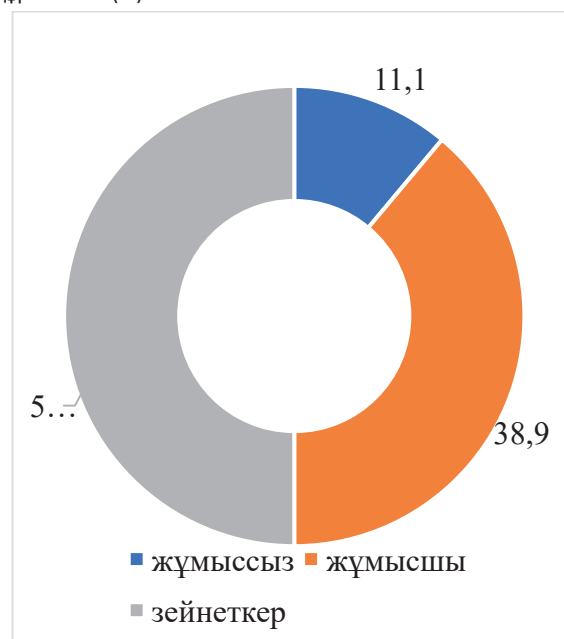
1. Физиологиялық мәселелер
2. Психологиялық мәселелер
3. Әлеуметтік мәселелер

Физиологиялық мәселелер бойынша анықталған тақырып: бұл белгілер аталған инфекциядан кейін толық қалпына келтірілмеген физикалық зақымданумен байланысты болуы мүмкін. Медициналық оңалту алған пациенттер бұл шағымдардың азайғанын және жалпы жағдайларының жақсарғанын атады (2-кесте).

Психологиялық мәселелер бойынша анықталған тақырып: аталып отырған белгілер COVID-19-дан кейін толық қалпына келтірілмеген психологиялық зақымданумен байланысты болуы мүмкін.



Сурет 2 – Зерттеуге қатысушы пациенттердің жастық құрылымы (%)



Сурет 3 – Зерттеуге қатысушы пациенттердің әлеуметтік статусы (%)

Зерттеу нәтижесінде респондентер психологиялық мәселелері бойынша көп жағдайда тек жалпы тәжірибелік дәрігер көмегімен шектелгендерін көрсетті (3-кесте).

Әлеуметтік мәселелер бойынша анықталған тақырып: COVID-19-дан айыққан пациенттер аурумен күресте физикалық және психикалық өзгерістерді бастан кешірді және одан өмірлік тәжірибе алды дегуге болады. Бұл пандемия респонденттерге бұрын денсаулық мәселелеріне кейде мән берілмегендігін көрсетті және өмірдің құндылығын түсінуге мәжбүр етті. Сондықтан олар өмірді бағалайды, денсаулығына

1-кесте. Сапалық зерттеуді жүргізу кезеңдері				
I кезең	Жартылай құрылымдалған сұхбат арқылы мәліметтер жинау			
II кезең	Сұхбат деректері негізінде жазбаша мәтін құру			
III кезең	Қысқартылған мағыналық сөздерден талдау бірліктерін анықтау			
IV кезең	Кодтау жүйесін қолдана отырып деректерді азайту немесе нақтылау			
V кезең	Ішкі санаттар, санаттар бойынша кодтарды топтастыру			
2-кесте. Физиологиялық мәселелер				
Түпнұсқалық сөздер	Қысқартылған мағыналық бірліктер	Кодтар	Ішкі санат	Санат
«...Коронавируспен ауырғанда менде қатты еңтігу болды, жағдайым нашар болды. Әлсіздік күшті, жай ғана жүруімнің өзі нашар болды, мен үйден мүлдем шықпадым...» «...Менде сол еңтігу болды, терең дем ала алмайтын болдым, сосын жалпы бір әлсіздік болды...»	Коронавируспен ауырғанда менде еңтігу, әлсіздік болды еңтігу болды, әлсіздік	Коронавируспен ауырғанда еңтігу, әлсіздік, жөтел, дене қызуы көтерілу болған.	COVID - 19 - дан айыққан пациенттерде тез шаршау, еңтігу, кеудедегі ауырсыну және құрғақ жөтел сияқты қалдық физикалық ауыртпалық белгілері сақталады.	Зерттеу нәтижесі бойынша COVID-19-дан айыққан пациенттерде анықталған ауыртпалық белгілері бұл пациенттердегі физиологиялық мәселелерді құрайды.
«...Ауырған кезде әуелі менің жалпы жағдайым нашар болды, сонан ба, білмедім тіпті көңіл күйім қатты түсіп кетті, иіс сезбедім, дәм сезбей қалдым...» «...Сол ауырғанда менде буындарым ауырып көп мазалады, қолыма ешнәрсе ұстай алмайтындай болдым...»	Жалпы жағдайым нашар болды, иіс пен дәм сезбей қалдым Буындар ауыруы	Жалпы жағдайдың нашарлауы, буындар ауыруы, иіс пен дәм сезбеу.		

көбірек көңіл бөледі, отбасымен көбірек уақыт өткізеді. (4-кесте).

Талқылау

Бұл зерттеу COVID-19-дан айыққан пациенттердің физиологиялық, психологиялық және әлеуметтік мәселелерді бастан өткергенін көрсетті. Зерттеу COVID-19-бен ауырғандардың қажеттіліктері көп жағдайда емделгеннен кейін де қанағаттандырылмағанын көрсетті, және бұл медициналық оңалту емінің маңыздылығын көрсетеді.

Әдеби шолу нәтижелері коронавирус инфекциясынан жазылған пациенттердің барлығында дерлік тез шаршау, еңтігу, ұйқының бұзылуы, тәбеттің нашарлауы, кеудедегі ауырсыну және құрғақ жөтел сияқты қалдық физикалық белгілер сақталатынын көрсетті [11, 12].

Бұл белгілер инфекциядан кейін толық қалпына келтірілмеген физикалық зақымға немесе психологиялық күйзеліске байланысты болуы мүмкін. Тағы да бір ескеретін жағдай, COVID-19-дың ауыр дәрежесімен ауруханада ем алған ілеспе аурулары бар пациенттерде қосымша ауру белгілері пайда болу қаупі жоғары. Жүйелі шолу нәтижелеріне сүйенсек бұл шағымдар өмір сапасының төмендеуіне әкеледі. Осылайша, көптеген сандық және сапалық зерттеулерге сүйенсек, COVID-19-ға сәйкес ем алғандар негізгі емнен кейін медициналық кеңесті немесе оңалту шараларын қажет етеді. Сондықтан ауру салдарынан пайда болған симптомдарды анықтап, осы белгілерді дұрыс

емдеу және мүмкіндігінше функционалды қалпына келтіру үшін оңалту қызметтерін жүргізуге қажеттілік болып отыр.

COVID-19-дан емделген пациенттерге физикалық белгілері бар-жоғына қарамастан гуманистік көмек те көрсетілуі керек, бұл жағдайда медициналық қызметкерлер шешуші рөл атқарады. Медициналық персонал емдеуден, күтуден, бақылаудан басқа, олар кез келген қате түсінікті түзету және ауруды болдырмау үшін инфекцияны бақылау бойынша кеңес берулері керек.

Зерттеу нәтижелері сонымен қатар респонденттердің көпшілігі ауруханадан шыққаннан кейін психологиялық күйзеліске ұшырайтынын көрсетті, бұл әлем ғалымдарының зерттеулеріне сәйкес келеді. Зерттеулерге сүйенсек респонденттердің психологиялық күйзелісі көптеген факторларға байланысты, соның ішінде аурудың қайталану қаупі, аурудың физикалық салдары, отбасы мүшелерінің COVID-19-дан болған өлімі, балалар мен жақындарының денсаулығына алаңдаушылықтар бар [19]. Дер кезінде басталған және кәсіби психологиялық көмек физикалық және психикалық бұзылыстардың алдын алады. Сондықтан ауыр жұқпалы аурулардың психологиялық әсеріне назар аудару керек, сонымен қатар пациенттерге осы жағымсыз эмоциялардың әртүрлі себептеріне сәйкес тұрақты психологиялық көмек пен әлеуметтік қолдау көрсету қажет [20].

Біз зерттеуімізден анықтағанымыз, COVID-19-ды басынан өткергендердің өмірге көзқарасында айтарлықтай өзгерістер болып, нәтижесінде оң тәжірибе

3-кесте. Психологиялық мәселелер

Түпнұсқалық сөздер	Қысқартылған мағыналық бірліктер	Кодтар	Ішкі санат	Санат
«... Бірақ, осы COVID-19 ауруымен ауырып, емделу кезінде қорқыныш пен үрей көп мазалады. Оны ешкімге айтып, сөз қылмадым. Бәрінің басында бар ғой деп, ішімде сақтадым...»	Ешкімге айтпадым. Бәрінің басында бар ғой деп ойладым.	Адамдар өз қорқынышы мен үрейлері туралы арнайы кеңес алмаған, өз ойларын іште сақтаған	COVID-19-дан айыққан пациенттерде қорқыныш пен үрей, ауыспалы көңіл - күй, ашуланшақтық сияқты қалдық психологиялық ауыртпалық белгілері сақталады.	Зерттеу нәтижесі бойынша COVID-19-дан айыққан пациенттерде анықталған ауыртпалық белгілері бұл пациенттердегі психологиялық мәселелерді құрайды.
«...Сол емделіп шыққаннан кейінгі, иә көңіл күй қиындау болды. Ауруханадан шыққаннан кейін енді қорқасың ғой. Үрей, қорқыныш болды. Ашушаңдық болады...»	Емделіп шыққаннан кейінгі де көңіл күй қиындау болды.			
«...Жоқ, психологтарға қаралмадым...»	Жоқ, психологтарға қаралмадым			
«...Менің бірнеше таныстарым о дүниелік болып кетті осы аурудан, сол адамда қорқыныш тудырып тұрды...»	Таныстарым о дүниелік болып кетті, сол қорқыныш тудыратын	Көп адамдар дәрігерге бұл туралы айтпаған, себебі олар дәрігерлер аурудың негізгі шағымдарын емдеуден босамайды деп ойлаған		
«... Мен дәрігерге бұл туралы айтпадым, ол кезде уақыт сондай болды, олар негізгі ауруды емдеді. Мен өзім басқа ешбір дәрігерге бармадым...»	Мен дәрігерге бұл туралы айтпадым. Олар негізгі ауруды емдеді.			

4-кесте. Әлеуметтік мәселелер

Түпнұсқалық сөздер	Қысқартылған мағыналық бірліктер	Кодтар	Ішкі санат	Санат
«...Отбасымда мен ғана ауырдым, сонда басқаларға жұқтырмасам екен деген уайымым күшті болды, балаларымның маған қамқорлығына ризамын. Бәріміз де денсаулықтың маңызын сол кезде түсінгендей болдық, абайлау керек, сақтану керек деп ойладым...»	Басқаларға жұқтырмасам екен деген уайымым күшті болды. Балаларыма ризамын. Денсаулықтың маңызын енді түсінгендей болдық	Өз жақындарына жұқтырып алу қаупі туралы және өз денсаулығын сақтауға деген жауапкершілік.	COVID-19-дан айыққан пациенттерде аурумен күресу барысында физикалық және психологиялық сипаттағы өзгерістер пайда болды. Бұл жағдайлар пациенттердің өз денсаулығына жауапкершілігін арттырды, өмірді бағалау, жақындары мен медицина қызметкерлеріне деген ризашылық сезім тудырды.	Зерттеу нәтижесі бойынша COVID-19-дан айыққан пациенттерде анықталған ауыртпалық белгілері мен аурумен күресу нәтижесінде пайда болған өмірлік тәжірибе бұл пациенттердегі әлеуметтік мәселелерді құрайды.
«...Менің ойымша, біз өз денсаулығымызды бақылауымыз керек...»	Өз денсаулығына жауапкершілік			
«...Ең алдымен, барлық медицина қызметкерлеріне алғыс айту керек, бұл ауруды өз бетінше жеңу мүмкін болмады...»	Барлық медицина қызметкерлеріне алғыс айту керек			
«...Сондай-ақ емханаға рахмет, барлық қызметкерлер мұқият болды, науқастарға барынша көмек көрсетуге тырысты...»	Емханаға рахмет, барлық қызметкерлер көмек көрсетуге тырысты	Барлық көмек көрсеткен медицина қызметкерлеріне, барлық адамдарға деген ризашылық, өмірдің қадірін түсіну		
«...Мен балаларыма және немерелеріме де ризамын, олар өте қамқор болды, мен үшін уайымдады, мен оларға өте ризамын, олар менің рухани тірегім болды...»	Жақындарыма ризамын			
«...Менің өмірге деген көзқарасым өзгеріп кеткендей, оның қадірін түсіндім десем де болады...»	Өмірдің қадірін түсіндім десем де болады			

қалыптасады: бұл дегеніміз – көпшілігінде пациенттер өз өмірін қайта қарастырады және қандай да бір құндылықтар айқындайды, өз өмірін көбірек бағалайды деуге болады. Бұл психологиялық тұрғыдан қарастырылғандағы аурудан кейінгі өсудің бір түрі. Аурудан кейінгі өсу әртүрлі жолдармен, соның ішінде өмірді жоғары бағалау, жеке рухани күш және айналадағылармен мағыналы қарым-қатынас арқылы көрінеді. Әдеби дереккөздерден және жүргізілген зерттеу нәтижесінен көргеніміз, әлеуметтік қолдауға қанағаттанғанын хабарлаған пациенттер психологиялық өсу туралы хабарлауға бейім екендігі [21]. Аурудан кейінгі өсу немесе оң тәжірибенің қалыптасуы оқиғаның (біздің жағдайымызда коронавирус пандемиясы) өзі емес, оқиғаның қалай өңделетініне, оның қоғам дамуындағы орнына байланысты екені ескеріледі. Демек, COVID-19-бен ауырғандарға оң психологиялық өзгерістерді күшейтуге бағытталған шаралардың болуы, сонымен қатар, физикалық және психикалық оңалтуға көмектесу үшін психологиялық әдістердің қолданылуы қажет.

Қорытынды

Жүргізілген контент-талдау нәтижесі бойынша келесідей қорытынды жасалды:

- медициналық оңалту пациенттердің физиологиялық мәселелер деп атаған бірқатар шағымдарын азайтып, физикалық денсаулық жағдайын жақсартуға оң әсер етеді;

COVID-19-бен ауырған пациенттердегі психологиялық мәселелер арнайы маман – психологтың араласуын қажет етеді;

- зерттеу нәтижесінде әлеуметтік мәселелер деп

аталған деректер адамдардың COVID-19-ды бағынан өткергенге байланысты бірқатар тәжірибелер алды: ауырған кезде өзіне қамқор болғандарға ризашылық сезімі; медициналық қызметкерлерге деген алғыстар; өмірдің мәнін түсіну; өз денсаулығына деген жауапкершілік.

Зерттеудің нәтижелеріне сәйкес COVID-19-бен ауырған пациенттерге арналған медициналық оңалту іс-шараларын жетілдіру бойынша ұсыныс берілді:

- COVID-19-бен ауырған пациенттер жалпы тәжірибелік дәрігер жолдамасымен емхана психолог-мамының кеңесін алуы ұсынылады;

Коронавирустық инфекциясы бар пациенттер оңалтуды қажет етеді, оның мақсаты өмірлік маңызды функцияларды қалыпқа келтіру, асқынулардың алдын алу және пациенттердің өмір сүру сапасын жақсарту болып табылады. COVID-19 жұқтырған пациенттерді медициналық оңалту реабилитациялық көмектің медициналық, физикалық, әдістемелік және психологиялық секілді барлық компоненттерін қамтуы керек. Коронавирус ауруына байланысты оның барлық кезеңдерінде, соның ішінде, амбулаториялық деңгейде, білікті оңалту шараларын өткізу үшін дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлердің мультидисциплинарлы тобын қалыптастыру маңызды. Әлемде, елімізде және жергілікті деңгейде COVID-19 бойынша жағдай тұрақталғанымен, коронавируспен ауырып емделген пациенттерге жүргізілген зерттеулер ауру салдары ұзақ уақытқа сақталатыны, оңалту қажеттілігі айқындалып отыр. Ал, бұл біздің зерттеу жұмысымыздың өзектілігін айқындайды.

Список литературы:

1. Imamura, Marta et al. Rehabilitation of patients after COVID-19 recovery: An experience at the Physical and Rehabilitation Medicine Institute and Lucy Montoro Rehabilitation Institute. Clinics (Sao Paulo, Brazil). 2021 Jun.;76 e2804. doi:10.6061/clinics/2021/e2804
2. Cieza, Alarcos et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet (London, England) 2021;396:10267. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0
3. Jette, Alan M. Global Prevalence of Disability and Need for Rehabilitation. Physical therapy. 2021;01(2). pzb004. doi:10.1093/ptj/pzab004
4. Gutenbrunner, Christoph et al. Why Rehabilitation must have priority during and after the COVID-19-pandemic: A position statement of the Global Rehabilitation Alliance. Journal of rehabilitation medicine. 2020 Jul.;52(7) jrm00081. doi:10.2340/16501977-2713
5. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020;(2):140-189. *Ivanova G.E. Medicinskaya reabilitaciya pri novej koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina, medicinskaya reabilitaciya. 2020;(2):140-189. (In Russian)*
6. Ржевская ЕВ, Ойноткинова ОШ, Минина ЕС, Нитченко СН. Медицинская реабилитация пациентов, перенесших COVID-19, в амбулаторно-поликлинических условиях. Сборник научных трудов «Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента»;2020(4):8. *Rzhevskaya EV, Ojnotkinova OSH, Minina ES, Nitchenko SN. Medicinskaya reabilitaciya pacientov, perenesshih COVID-19, v ambulatorno-poliklinicheskix usloviyah. Sbornik nauchnyh trudov «Trudy nauchno-issledovatel'skogo instituta organizacii zdoravoohraneniya i medicinskogo menedzhmenta»;2020(4):8. (In Russian)*
7. Lennox McNeary , Susan Maltser , Monica Verduzco-Gutierrez. Navigating Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Psychiatry: A CAN Report for Inpatient Rehabilitation Facilities. PM R. 2020;12(5): 512–5. doi: 10.1002/pmrj.12369. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196983/>
8. Жұмамбаева РМ. Качество жизни больных, перенесших Ковид-19. Астана медициналық журналы. 2021;110(4):29-36. *Zhumambaeva RM. Kachestvo zhizni bol'nyh, perenesshih Covid-19. Astana medicinalyq zhurnaly. 2021;110(4):29-36. (In Russian)*
9. Бубнова МГ, Персиянова-Дуброва АЛ, Лямина НП, Аронов ДМ. Реабилитация после новой коронавирусной инфекции (COVID-19): принципы и подходы. CardioСоматика. 2020;4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitaciya-posle-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19-printsipy-i-podhody>. *Bubnova MG, Persyanova-Dubrova AL, Lyamina NP, Aronov DM. Reabilitaciya posle novej koronavirusnoj infekcii (COVID-19): principy i podhody. CardioSomatika. 2020;4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitaciya-posle-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19-printsipy-i-podhody*
10. ҚР Денсаулық сақтау Министрінің 2020 жылғы 7 қазандағы «Медициналық оңалту көрсету қағидаларын бекіту туралы» № ҚР ДСМ-116/2020 бұйрығы https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32947456&pos=6;-106#pos=6;-106 *QR Densaulyq saqtau Ministriniń 2020 zhyly 7 qazandaǵy «Medicinalyq ońaltu kórsetu qaғidalaryn bekitu turaly» № QR*

- DSM-116/2020 бйжрыры https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32947456&pos=6;-106#pos=6;-106
- Huang, Chaolin et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* (London, England 2021;397:220-232. doi:10.1016/S0140-6736(20)32656-8
 - Halpin, Stephen J et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of medical virology*. 2021;93(2):1013-1022. doi:10.1002/jmv.26368
 - Britten, N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* (Clinical research ed.). 1995;311(6999) :251-3. doi:10.1136/bmj.311.6999.251
 - Liu, Qian et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet. Global health* vol. 2020;8(6):e790-e798. doi:10.1016/S2214-109X(20)30204-7
 - Guo, Min et al. Listening to COVID-19 survivors: what they need after early discharge from hospital - a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2022;17(1). doi:10.1080/17482631.2022.2030001
 - Tomán, Edina et al. Preliminary study of the exploration patients' experiences of chronic respiratory experiences during the COVID-19 pandemic using interpretative phenomenological analysis. *Psychiatry research communications*. 2023;3(1). doi:10.1016/j.psychom.2022.100101
 - Colaizzi PF. Psychological research as a phenomenologist views it. In Valle R. S. & King M. (Eds.). *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. 1978:48-71. Oxford University Press. <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
 - Smith JA, Flowers P, Larkin M. Sage; Thousand Oaks, USA: 2009. *Interpretive phenomenological analysis: theory, method and research*. <https://www.researchgate.net/publication/221670349>
 - Jaspal Rusi, Brigitte Nerlich. Social representations, identity threat, and coping amid COVID-19. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2020;12(1):249-S251. doi:10.1037/tra0000773
 - Brooks Samantha K et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* (London, England). 2020;395(10227):912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
 - Zhang Jin-Jin et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75(7):1730-1741. doi:10.1111/all.14238

РЕЖИМЫ ВИБРОАКУСТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИСПЫТАНИЕ

А.Ж. БЕКНИЯЗОВА^{1,2}, Э.А. ҚЫДЫРБАЕВА³, П.А. ОСТАНИН^{1,2}, А.К. КОНКАЕВ^{1,2}

¹Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

²Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени Н.Д. Батпенова, Астана, Казахстан

³Клиника «Экомед», Актобе, Казахстан

Бекниязова А.Ж. – <https://orcid.org/0000-0002-3117-0294>

Қыдырбаева Е.А. – <https://orcid.org/0009-0009-4160-1893>

Останин П.А. – <https://orcid.org/0000-0003-2867-5387>

Конкаев А.К. – <https://orcid.org/0000-0002-3778-7877>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Bekniyazova AZ, Kydyrbayeva EA, Ostanin PA, Konkayev AK. Modes of vibroacoustic pulmonary therapy in patients with coronavirus infection complicated by respiratory failure: a randomized controlled trial. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;63(2):62-67

Бекниязова АЖ, Қыдырбаева ЭА, Останин ПА, Конкаев АК. Тыныс алу жеткіліксіздігімен асқынған коронавирустық инфекциясы бар науқастардағы өкпенің виброакустикалық терапиясы схемалары: рандомизацияланған бақыланатын сынақ. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):62-67

Бекниязова АЖ, Қыдырбаева ЭА, Останин ПА, Конкаев АК. Режимы виброакустической легочной терапии у пациентов с коронавирусной инфекцией, осложненной дыхательной недостаточностью: рандомизированное контролируемое испытание. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):62-67

Modes of Vibroacoustic Pulmonary Therapy in Patients with Coronavirus Infection Complicated by Respiratory Failure: a Randomized Controlled Trial

A. Z. Bekniyazova^{1,2}, E. A. Kydyrbayeva³, P. A. Ostanin^{1,2}, A. K. Konkayev^{1,2}

¹Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

²The National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Batpenov N.D., Astana, Kazakhstan

³“EcoMed” Clinic, Aktobe, Kazakhstan

Coronavirus infection is a dangerous airborne disease that can cause serious lung damage. The vibroacoustic device is a component of physiotherapy that improves perfusion and drainage of the lungs without requiring the participation of the patient, including those on a ventilator.

Purpose: to determine the effect of two modes of the vibroacoustic pulmonary apparatus on the course of coronavirus infection complicated by respiratory failure.

Methods. A randomized simple blind study of 64 patients was conducted. Patients were divided into 2 equal groups, where they received sessions of vibroacoustic pulmonary therapy in two modes “ARDS” and “Pneumonia”. The patients were over 18 years old with identifiable coronavirus infection with CT-2, CT-3 lung patterns. For 3 days, intensive complex therapy of patients with vibroacoustic pulmonary therapy was carried out for 5 minutes.

Results. As a result of the conducted research, statistically significant results were obtained. In the group with the use of the “ARDS” mode on the first day, the average value of PaO₂ increased by 11.6 mmHg after the procedure, while the median increased by 7.2 mmHg, 95% CI before was [57.1-72.5], after it became [68.7-84.3], and SD after that, it was 19.9 mmHg.

As for the group with the application of the mode “Pneumonia” then significant results were shown here in the change in the level of PaCO₂ on the third day and amounted to an average of 42.7, median 36.9, CI 95% [38.1-49], SD 17 and mean 47.4, median 38.6, CI 95% [41-55.7] SD 21.8 “Before” and “After” application vibroacoustic pulmonary apparatus with this mode.

Conclusion. Thus, the data obtained had statistically significant results, which demonstrates the effectiveness of patients treatment with coronavirus infection and the importance of an integrated approach.

Keywords: COVID-19, vibroacoustic therapy, physiotherapy, respiratory failure, intensive care.

Тыныс алу жеткіліксіздігімен асқынған коронавирустық инфекциясы бар науқастардағы өкпенің виброакустикалық терапиясы схемалары: рандомизацияланған бақыланатын сынақ

А.Ж. Бекниязова^{1,2}, Э.А. Қыдырбаева³, П.А. Останин^{1,2}, А.К. Конкаев^{1,2}



А.Ж. Бекниязова
e-mail: asemabek9@gmail.com

Received/
Келін түсті/
Поступила:
27.04.2023

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
29.05.2023

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

¹Астана медицина университеті, Астана, Қазақстан

²Н.Д. Батпенев атындағы травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Астана, Қазақстан.

³«Ecomed» клиникасы, Ақтөбе, Қазақстан

Коронавирустық инфекция – бұл қауіпті ауру, ол ауа арқылы таралады және өкпеге қатты зақым келтіруі мүмкін.

Виброакустикалық аппарат физиотерапияның құрамдас бөлігі болып табылады, ол пациенттің, оның ішінде желдеткіштің қатысуын қажет етпестен өкпенің перфузиясы мен дренажын жақсартады. Бұл терапия нәтижелерді жақсарта алады және өкпенің ауыр зақымдануы бар науқастардың реанимация бөлімінде болу уақытын қысқартады.

Мақсаты. Бұл зерттеудің мақсаты Тыныс алу жеткіліксіздігімен асқынған коронавирустық инфекцияға діріл-акустикалық өкпе аппаратының екі режимінің әсерін анықтау болып табылады.

Әдістері. 64 пациентке рандомизацияланған қарапайым соқыр зерттеу жүргізілді. Пациенттер 2 тең топқа бөлінді, онда «ЖРДС» және «Пневмония» екі режимде виброакустикалық өкпе терапиясы сеанстарын алды. Науқастар 18 жастан асқан, КТ-2, КТ-3 өкпе суреттері бар коронавирустық инфекциясы бар. 3 күн ішінде виброакустикалық өкпе терапиясы бар науқастарға 5 минут ішінде қарқынды кешенді терапия жүргізілді.

Нәтижелер. Зерттеу нәтижесінде статистикалық маңызды нәтижелер алынды. «ЖРДС» режимін қолданатын топта бірінші күні PaO₂ орташа мәні 11,6 мм.сын. бағ-ға артты. процедурадан кейін медиана 7,2 мм.сын. бағ. өсті.ст., 95% сенім индексі [57,1-72,5] болды, кейін [68,7-84,3] болды, ал стандартты ауытқу кейін 19,9 мм.сын. бағ. болды.ст.

«Пневмония» режимін қолданатын топқа келетін болсақ, мұнда маңызды нәтижелер үшінші күні PaCO₂ деңгейінің өзгеруін көрсетті және орташа мәні 42,7, медиана 36,9, 95% сенім индексі [38,1-49], стандартты ауытқу 17 және орташа мәні 47,4, медиана 38,6, 95% сенім индексі [41-55,7] стандартты ауытқу 21,8 «осы режиммен виброакустикалық өкпе аппаратын қолданғанға дейін» және «кейін».

Қорытынды. Осылайша, нәтижелер статистикалық маңызды нәтижелерге ие болды бұл коронавирустық инфекциясы бар науқастарды емдеудің тиімділігін және кешенді тәсілдің маңыздылығын көрсетеді. Коронавирустық инфекцияны емдеудің этиологиялық лечения болмағандықтан, пациенттердің осы санатындағы терапиядағы кез-келген кішігірім өзгерістер маңызды болуы мүмкін.

Негізгі сөздер: COVID-19, виброакустикалық ем, физиотерапия, тыныс алу жеткіліксіздігі, интензивті ем

Режимы виброакустической легочной терапии у пациентов с коронавирусной инфекцией, осложненной дыхательной недостаточностью: рандомизированное контролируемое испытание

А.Ж. Бекниязова^{1,2}, Э.А. Кыдырбаева³, П.А. Останин^{1,2}, А.К. Конкаев^{1,2}

¹Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

²Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени Н.Д. Батпенёва, Астана, Казахстан

³Клиника «Экомед», Ақтөбе, Казахстан

Коронавирусная инфекция является опасным заболеванием, передающимся воздушно-капельным путем и может вызвать серьезное повреждение легких.

Виброакустический аппарат является компонентом физиотерапии, который улучшает перфузию и дренаж легких, при этом не требуя участия пациента, в том числе находящегося на ИВЛ.

Цель. Определение влияния двух режимов виброакустического легочного аппарата на течение коронавирусной инфекции, осложненной дыхательной недостаточностью.

Методы. Проведено рандомизированное, простое, слепое исследование у 64-х пациентов. Пациенты были разделены на 2 равные группы, где получали сеансы виброакустической легочной терапии в двух режимах «ОРДС» и «Пневмония». Пациенты были старше 18-ти лет с установленной коронавирусной инфекцией с КТ-2, КТ-3 картинками легких. В течение 3-х дней проводилась интенсивная комплексная терапия пациентов с виброакустической легочной терапией в течении 5-ти минут.

Результаты исследования. В результате анализа данных получены

статистически значимые результаты. В группе с применением режима «ОРДС» на первый день среднее значение PaO₂ стало больше на 11,6 мм.рт.ст. после проведения процедуры, тогда как медиана увеличилась на 7,2 мм.рт.ст., 95% ДИ до был [57,1-72,5], после стал [68,7-84,3], а СО после составило 19,9 мм.рт.ст.

Что касается группы с применением режима «Пневмония», то здесь значимые результаты показали в изменении уровня PaCO₂ на третий день и составили среднее 42,7, медиана 36,9, ДИ 95% [38,1-49], СО 17 и среднее 47,4, медиана 38,6, ДИ 95% [41-55,7] СО 21,8 до и после применения виброакустического легочного аппарата с данным режимом

Выводы. Таким образом, полученные данные имели статистически значимые результаты, что демонстрирует эффективность лечения пациентов с коронавирусной инфекцией и значимость комплексного подхода. Поскольку лечение коронавирусной инфекции не имеет этиологического лечения, любые даже небольшие сдвиги в терапии данной категории больных могут быть значимы.

Ключевые слова: COVID-19, виброакустическая терапия, физиотерапия, дыхательная недостаточность, интенсивная терапия

Введение

COVID-19 является высококонтагиозным инфекционным заболеванием, которое с 2019 года оказало огромное влияние на весь мир. COVID-19 и по сей день продолжает поражать человеческие организмы, не имея специфического лечения. Помимо общих интоксикационных симптомов, течение болезни варьирует от легкой формы, острого респираторного дистресс- синдрома, вплоть до таких осложнений как сепсис. Все это оказывает немаловажную роль как на лечение, так и на исходы заболевания. К лечению пациентов с коронавирусной пневмонией необходим адекватный комплексный подход, включающий физиотерапию. При данной патологии наблюдаются такие симптомы, как кашель, одышка и образование мокроты [1]. Клинические наблюдения демонстрируют, что виброакустическая легочная терапия является рациональным составляющим физиотерапии при лечении респираторных заболеваний, который экономит силы и время медицинского персонала, и без того имеющих дефицит времени [2]. Она улучшает перфузию и дренажную функцию, что в конечном итоге улучшит респираторный драйв [3]. Как компонент физиотерапии, при проведении исследования применялся аппарат VibroLung, ранее показавший эффективность у пациентов с дыхательными расстройствами и активно применяющийся в больницах стран СНГ [2]. Данных за виброакустическую легочную терапию при поиске в базах данных PubMed, Cochrane было недостаточно.

Цель

Целью данного исследования является определить влияние двух режимов виброакустического легочного аппарата на течение коронавирусной инфекции, осложненной дыхательной недостаточностью.

В прошлом при лечении пациента с коронавирусной инфекцией и коморбидным фоном комплексный подход с применением виброакустического аппарата показал эффективность, что и подвинуло нас на дальнейшие исследования [4].

Гипотеза:

При применении виброакустической легочной те-

рапии у пациентов с коронавирусной инфекцией, осложненной дыхательной недостаточностью, режимы «ОРДС» и «Пневмония» имеют разницу при применении у данной категории пациентов.

Методы

Критерии включения:

- взрослые люди;
- P/F менее 300 мм. рт. ст.;
- Подтвержденный COVID-19 методом ПЦР;
- степень поражения легких по картине компьютерной томографии: КТ- 2, КТ- 3.

Критерии исключения:

- дети;
- острый инсульт;
- острый коронарный синдром;
- тромбоз глубоких вен;
- перелом ребра;
- инфекция кожных покровов на грудной клетке.

Дизайн исследования представляет собой простое слепое рандомизированное клиническое исследование. Сбор данных проводился на базе городской инфекционной больницы города Астаны Республики Казахстан в отделении анестезиологии и реанимации.

В исследование было включено 64 пациента с диагностированной пневмонией, вызванной коронавирусной пневмонией, подтвержденной КТ и ПЦР тестом на наличие вируса и клиникой острой дыхательной недостаточности. Пациенты были разделены на 2 равные группы. В основной группе пациентам проводилась виброакустическая легочная терапия в режиме «ОРДС», в группе сравнения в режиме «Пневмония». Виброакустическая легочная терапия проводилась в течение 3-х дней. В обеих группах был идентичный алгоритм действий. Сеансы проводились 6 раз в сутки, в течение 5 минут в комплексе с лечением по протоколу лечения коронавирусной инфекции МЗ РК. Излучатели аппарата прикладывались к преимущественно пораженным участкам легких пациента с включенным тем или иным режимом. Так как аппарат имеет длинные шнуры для излучателей и является переносным, не составляет сложности при смене положения больного

и не требует его активного участия, что немаловажно для пациентов, находящихся на ИВЛ. Непосредственно до начала процедуры однократно утром проводился забор артериальной крови для определения PaO₂, PaCO₂, P/F и также через 10 мин после проведения сеанса.

Основной целью данного исследования является оценка: PaO₂, PaCO₂, P/F до и после проведения сеансов ВАЛТ. Также будут продемонстрированы исходные демографические и клинические данные пациентов (Таблица 1).

Таблица 1. Исходные демографические данные пациентов

Характеристика	Основная группа ("ОРДС" n=32)	Контрольная группа ("Пневмония" n=32)
Возраст	63	67,9
Мужчина	10	12
Женщина	22	20

Все данные вводились в базу данных MS Excel по мере регистрации больных исследователем, после окончания набора был проведен их статистический анализ.

Рандомизация

Участники были случайным образом распределены в исследуемую или контрольную группу в соотношении 1:1 по 32 пациента в каждой группе с использованием сгенерированного компьютером графика рандомизации исследователем. Исследователь передавал медицинскому работнику заранее подготовленный непрозрачный конверт со случайно распределенным числом. В связи с необходимостью выбора режима на экране дисплея аппарата медицинский персонал знал о выбранном режиме, тогда как от пациента он был скрыт. Средний медицинский работник, обученный порядку проведения процедуры и применения аппарата, проводил сеанс виброакустической терапии. Он же и производил забор крови.

Данные были проанализированы с использованием Статистического пакета для социальных наук (SPSS), версия 20. Для определения нормальности данных использовался тест Колмогорова-Смиронова. Критерий Стьюдента использовался для нормально распределенных данных. Для ненормального распределения использовался тест Вилкоксона для связанных выборок внутри каждой группы до и после. Уровень значимости для всех t-тестов был установлен на уровне $p < 0,05$.

Этическое одобрение

Исследование было одобрено Этическим комитетом Научно-исследовательского института ортопедии и травматологии в Астане от 19 ноября 2021 года.

Результаты

Интерпретируя статистически значимые результаты первичных данных, получены следующие сведения. В группе с применением режима "ОРДС" на

первый день среднее значение PaO₂ стало больше на 11,6 мм.рт.ст. после проведения процедуры, тогда как медиана увеличилась на 7,2 мм.рт.ст., 95% ДИ до был [57,1-72,5], после стал [68,7-84,3], а СО после составило 19,9 мм.рт.ст. (Таблица 2).

Что касается группы с применением режима "Пневмония", то здесь значимые результаты показали в изменении уровня PaCO₂ на третий день и составили среднее 42,7, медиана 36,9, ДИ 95% [38,1-49], СО 17 и среднее 47,4, медиана 38,6, ДИ 95% [41-55,7] СО 21,8 до и после применения виброакустического легочного аппарата с данным режимом (Таблица 3).

Обсуждение

Учитывая, что коронавирусная инфекция отличается от других чрезвычайно высокой летальностью во всем мире, в том числе и в нашем регионе, что ограничило долгосрочные результаты исследования на пациентах и как итог проведения анализа вторичных конечных точек в исследовании [5].

Ограничением данного исследования является короткое время исследования. Другим недостатком является проведение исследования на базе одной клиники. Таким образом, установление причинно-следственной связи наблюдаемых изменений является сложной задачей. Для того чтобы более конкретизировать и более точно подвести результаты эффективности виброакустической легочной терапии, необходимы будущие рандомизированные контролируемые исследования с длительным наблюдением. Если проводится новое исследование, рекомендуется многоцентровое исследование с большим размером выборки. Необходимы дальнейшие исследования влияния ВАЛТ на газы крови и индекс оксигенации, продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии, осложнения и смертность.

COVID-19 нанес колоссальный вред здоровью населения во всем мире и на сегодняшний день, хотя и не в таком количестве, но все еще регистрируются случаи заболевания, поэтому в связи с отсутствием этиологического лечения рациональный комплексный подход важен при терапии данной категории больных [6,7]. Существует ряд исследований отдельно о положительном влиянии и безопасности применения высокочастотных осцилляций и отдельно вибрации на респираторный драйв, но нет о их сочетании в одном устройстве, что мы и пытались изучить [8,9].

Аппарат VibroLung разработан отечественным производителем с целью улучшения течения дыхательных заболеваний различной этиологии. Принцип воздействия ВАЛТ основан на генерации звукового сигнала с бифокальной позиции двумя излучателями в диапазоне 20-300 Гц. «Плавающий эффект» звуковой волны вызывает резонансный эффект, что оказывает безопасное эффективное воздействие при любом типе поражения как самой легочной паренхимы, так и бронхиального дерева, альвеол, сосудов. «Плавающая» частота сигнала позволяет достичь лучших результатов при меньшей интенсивности и времени воздействия. Возникающая виброакустическая волна

Таблица 2. Статистические данные при применении “ОРДС” режима ВАЛТ

Газы артериальной крови	1 day	2 day	3 day
PaO2 до	среднее 65, медиана 66,7, ДИ 95%[57,1-72,5], CO 19,9	среднее 73,4, медиана 73,6, ДИ 95%[67,8-80], CO 15	среднее 71, медиана 72,5, ДИ 95%[63,9-78,6], CO 17,9
PaO2 после	среднее 76,6, медиана 73,9, ДИ 95%[69,8-85,2], CO 20,6	среднее 75,1, медиана 75,2, ДИ 95%[68,3-79,9], CO 16,4	среднее 76,2, медиана 74,8, ДИ 95%[64,8-84,7], CO 24,9
PaO2 p-значение	p-2,512	0,31	0,989
PaCO2 до	Среднее 43,4, медиана 37,7, ДИ 95%[35,3-47,8], CO 15,7	Среднее 45,8, медиана 41,7, ДИ 95%[41,4-52,8], CO 14,9	среднее 42,4, медиана 36,9, ДИ 95%[36,7-49,2], CO 18
PaCO2 после	Среднее 41,2, медиана 36,9, ДИ 95%[34,7-44,7], CO 11,4	среднее 47,6, медиана 39,6, ДИ 95%[41,3-58], CO 21,6	Среднее 47,9, медиана 38,4, ДИ 95% [41,5-55,7], CO 20,8
PaCO2 p-значение	0,784	0,153	0,876
P/F до	Среднее 87,7, медиана 80, ДИ 95% [75,3-106,4], CO 42,9	Среднее 91,1, медиана 82,8, ДИ 95% [79,9-102,3], CO 28,9	среднее 91,9, медиана 83,7, ДИ 95%[77,7-105,7], CO 38
P/F после	среднее 97,9, медиана 89,1, ДИ 95%[83,2-111], CO 36,4	среднее 89,8, медиана 88,5, ДИ 95% [79,7-102,7], CO 27,9	среднее 94,8, медиана 86,7, ДИ 95%[79-107,1], CO 36,1
P/F p-значение	1,255	0,019	0,279

Указаны среднее значение, медиана, 95% доверительный интервал, стандартное отклонение.

Курсивом выделены статистически значимые данные.

Таблица 3. Статистические данные при применении “Пневмония” режима ВАЛТ

Arterial blood gases	1 day	2 day	3 day
PaO2 before ая	среднее 66,8, медиана 67,3, ДИ 95% [62,4-75], CO 16	среднее 72, медиана 65, ДИ 95%[57,7-84,1], CO 33,9	среднее 71,9, медиана 64,8, ДИ 95% [63,1-80,7], CO 24
PaO2 after	среднее 71,8, медиана 62,2, ДИ 95% [60-85], CO 33,2	среднее 71,6, медиана 60,1, ДИ 95% [60,7-82,8], CO 30	среднее 71,9, медиана 61,8, ДИ 95% [61,8-81,9], CO 27,1
p-value	0,632	0,966	0,897
PaCO2 before	среднее 42,9, медиана 38,8, ДИ 95% [36,7-49], CO 13,8	среднее 45,8, медиана 41, ДИ 95%[39,9-52], CO 14,8	среднее 42,7, медиана 36,9, ДИ 95% [38,1-49], CO 16
PaCO2 after	среднее 48, медиана 40,1, ДИ 95% [41,1-55], CO 17,9	среднее 49,1, медиана 39,8, ДИ 95% [42,3-56,8], CO 21	среднее 47,4, медиана 38,6, ДИ 95% [41-55,7] CO 21,8
p-value	0,157	0,694	0,297
P/F before	среднее 87,9, медиана 98,8, ДИ 95%[75,7-100,9], CO 32,7	среднее 90,1, медиана 84,1, ДИ 95% [74,6-105], CO 37	среднее 89,7, медиана 91, ДИ 95% [74-108,1], CO 44,9
P/F after	среднее 94,3, медиана 86,1, ДИ 95% [75,7-115,2], CO 34,2	среднее 90,1, медиана 75,1, ДИ 95% [74,2-105,7], CO 42,6	среднее 91,7, медиана 84, ДИ 95% [74,6-107,6], CO 44,4
p-value	0,873	0,496	0,134

Указаны среднее значение, медиана, 95% доверительный интервал, стандартное отклонение.

Курсивом выделены статистически значимые данные.

вызывает колебание, в первую очередь, неомогенной легочной паренхимы и внутрилегочного компонента (отек, слизь, инфильтрация, гипостатический трансудат), что улучшает дренаж, вентиляцию, аэрацию, уменьшает инфильтрацию и пролиферацию. При аппаратном дыхании (ИВЛ) регулярные виброакустические воздействия уменьшают площадь спадения легких, ателектазы за счет воздействия на внешнее давление, что потенцирует ПДКВ без дополнительного увеличения вентиляционных параметров [10].

Режим «ОРДС» и Режим «Пневмония», согласно руководству производителя, имеют отличие в показа-

ниях по применению. Учитывая это, был вызван интерес в отличительных свойствах данных режимов при применении у больных с коронавирусной инфекцией, чего ранее не было сделано.

Исследователи из стран СНГ активно применяют данный компонент физиотерапии и отражают в своих работах успешные опыты применения при респираторной патологии, но нет данных при COVID-19 [2]. Другие исследователи отразили в своих работах безопасность использования осциллирующих устройств пациентов с COVID-19 находящихся на ИВЛ [9].

Согласно данным руководства аппарата, низкоча-

стотные волны и вибрация, распространяясь в совокупности, вызывают вибрацию структурных единиц легочной паренхимы, тем самым улучшая перфузию и улучшая дренажную функцию легких. [3]. Образование секрета у больных с коронавирусной инфекцией встречается в трети случаев [11].

В связи с тем, что аппарат является относительно новым и недостаточно распространен повсеместно, недостаточно данных исследований об эффективности его применения. Имеется достаточное количество данных о ранней физиотерапии, которые имеют положительное влияние на исходы пациентов с дыхательными расстройствами, но не о пациентах с коронавирусной инфекцией [12]. Вибрация обеспечивает быструю эвакуацию бронхиального секрета, способствует ускорению процессов гравитационного перераспределения внутрилегочной жидкости и улучшению вентиляционно-перфузионных соотношений [3].

Новый прибор для физиотерапии легких и новая

инфекция рождает безмерное количество вопросов, которые предстоит изучить.

Выводы

Таким образом, применение виброакустического массажа в комплексной терапии респираторных заболеваний позволяет восстановить нарушение бронхиальной проводимости, улучшает вентиляцию и газообмен, легочное кровообращение [13]. В результате наблюдается более быстрое клиническое выздоровление, сокращается продолжительность стационарного лечения. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить эффективность методов виброакустической терапии у этой новой популяции больных в критическом состоянии. Представляется целесообразным внедрение в клиническую практику этого нового и эффективного компонента физиотерапии при коронавирусной инфекции, осложненной дыхательной недостаточностью.

Список литературы:

1. Severino Jefferson Ribeiro da Silva, Jessica Catarine Frutuoso do Nascimento, Renata Pessôa Germano Mendes. Two Years into the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned. *ACS Infect Dis.* 2022 Sep 9;8(9):1758–1814. doi: 10.1021/acsinfectdis.2c00204
2. Сабиров ДМ, Росстальная АЛ, Махсудов ДР. Виброакустическая терапия при тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме смешанного генеза. *Вестник экстренной медицины. Sabirov DM, Rosstalnaya AL, Mahsudov DR. Vibroakusticheskaya terapiya pri tyazhelom ostrom respiratornom distress-sindrome smeshannogo geneza. Vestnik ekstremnoj mediciny. (In Russian)*
3. User guide. User manual BARK Vibrolung. 2020.-Nur-Sultan. P. 5.
4. Bekniyazova AZh, Kadralinova ME, Konkayeva AY, Konkayev AK. Case Report: Complex Treatment Using Vibroacoustic Therapy in a Patient With Co-infection and COVID-19. *Intensive Care Medicine and Anesthesiology.* 2022;07(9).
5. Ensheng Dong, Hongru Du, Lauren Gardner. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 2020 May;20(5):533–534. doi:10.1016/S1473-3099(20)30120-1. Epub 2020;Feb 19.
6. Thiago Domingos Corrêa, Gustavo Faissol Janot de Matos, Bruno de Arruda Bravim. Intensive support recommendations for critically-ill patients with suspected or confirmed COVID-19 infection. *Einstein (Sao Paulo).* 2020 Jun;18:eAE5793. doi: 10.31744/einstein_journal/2020AE5793. eCollection 2020.
7. Ching-Tse Ting, Bor-Sen Chen. Repurposing Multiple-Molecule Drugs for COVID-19-Associated Acute Respiratory Distress Syndrome and Non-Viral Acute Respiratory Distress Syndrome via a Systems Biology Approach and a DNN-DTI Model Based on Five Drug Design Specifications. *Int J Mol Sci.* 2022 Apr;23(7):3649. doi: 10.3390/ijms23073649
8. Mine Çelik, Ahmet Murat Yayık, Buğra Kerem. High-Frequency Chest Wall Oscillation in Patients with COVID-19: A Pilot Feasibility Study. *Eurasian J Med.* 2022 Jun;54(2):150–156. doi: 10.5152/eurasianjmed.2022.21048
9. Ming-Lung Chuang, Yi-Ling Chou, Shih-Feng Huang. Instantaneous responses to high-frequency chest wall oscillation in patients with acute pneumonic respiratory failure receiving mechanical ventilation. A randomized controlled study. *Medicine (Baltimore).* 2017 Mar;96(9): e5912. doi:10.1097/MD.0000000000005912. PMID: PMC5340427 PMID: 28248854.
10. Протокол №169 Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2022 года. Виброакустическая легочная терапия. Приложение № 2. *Protokol №169 Ministerstva zdavoohraneniya Respubliki Kazahstanot 16 sentyabrya 2022 goda. Vibroakusticheskaya legochnaya terapiya. Prilozhenie № 2. (In Russian)*
11. Yan-Lan Hu and Tao Ding. Clinical characteristics of COVID-19 patients in Xiaogan, China: comparison between recent imported cases and earlier local cases. *Am J Transl Res.* 2021 Oct;13(10):11999–12005. PMID: PMC8581891 PMID: 34786134.
12. Lazzeri M, Lanza A, Bellini R. et al. Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR) *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2020;90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32236089/>.
13. Annemarie L, Burge Anne. Airway clearance techniques for bronchiectasis. Version published: 2015 November. <https://doi.org/11002/14651858.CD008351.pub3>

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-68-78

УДК 616.5-002-084

МРНТИ 76.29.57

ПРИМЕНЕНИЕ ПАЦИЕНТАМИ ИНДЕКСА SCORAD ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ КАК КОНТРОЛЬ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.З. ЖАНГИРЕЕВА¹, Р.К. АЛИЕВА¹, Г.М. ИЗТЛЕУОВА¹, Ж.М. БАЛМАНОВА² В.А. СЕЙТБАЕВА²

¹Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

²Жожно-венерологический центр, Актөбе, Казахстан

Жангиреева А.З.—<https://orcid.org/0009-0008-4205-5153>

Алиева Р.К. — <https://orcid.org/0000-0003-3056-9129>

Изтлеуова Г.М. — <https://orcid.org/0000-0002-5695-0895>

Балманова Ж.М. — <https://orcid.org/0009-0008-8283-918X>

Сейтбаева В.А. — <https://orcid.org/0009-0009-7484-1885>

Citation/

библиографиялық сілтеме/

библиографическая ссылка:

Zhangireeva A Z. Alieva RK. Iztleuova GM. Balmanova ZhM. Seitbaeva VA. Scorad Index Patients Application during Atopic Dermatitis as Control and Prevention of Disease Aggression. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):68-78

Жангиреева АЗ, Алиева РК, Изтлеуова ГМ, Балманова ЖМ, Сейтбаева ВА. Атопиялық дерматит кезінде аурудың өршуін бақылау және алдын алу ретінде пациенттердің SCORAD индексін қолдануы. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):68-78

Жангиреева АЗ, Алиева РК, Изтлеуова ГМ, Балманова ЖМ, Сейтбаева ВА. Применение пациентами индекса scorad при atopическом дерматите, как контроль и профилактика обострения заболевания. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):68-78

SCORAD Index Patients Application during Atopic Dermatitis as Control and Prevention of Disease Aggression

A. Z.Zhangireyeva¹, R. K. Aliyeva¹, G. M. Iztleuova¹, Zh. M.Balmanova², V. A. Seitbaeva²

¹Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

²Dermatovenerology and Venereology Center, Aktobe, Kazakhstan

The article discusses the main pathogenetic signs of atopic dermatitis (AD), the role of trigger factors, clinical features of chronic dermatosis, and skin care. In the ongoing study, we assessed the subjective symptoms of AD - skin itching and sleep disturbances in 36 children aged 7-12 years old in "The City Clinical Hospital. Dermatology and Venereology Center" using a longitudinal prospective study design by the Scorad index parameter C survey at 3 stages of treatment. At the beginning of the research, patients were divided into two equal groups - 18 people in each group. The first two stages were the same for both groups. At the 3rd, outpatient stage, the 1st group was asked to keep observation diaries, which recorded: 1) the use of emollients twice a day; 2) food, except for products with an allergic load; 3) the nature of physical activity. The obtained scores of the questionnaires, which were conducted in 2 groups before inpatient treatment, immediately after inpatient treatment and 5 months after inpatient treatment, were ranked. A comparative analysis of the Scorad index parameter C (intensity of pruritus and sleep disturbance) was carried out using the Mann-Whitney test in 2 unrelated samples. As a result, in the 1st group, where AD was controlled, skin itching and sleep disturbance were significantly lower $p < 0.05$, amounting to 0.0005 than in the 2nd group, where patients did not regularly use emollients, did not control their eating behavior and the nature of physical activity loads. Thus, we concluded that the method of self-observation made it possible to control trigger factors and prolong the remission of the disease, thereby improving the quality of life of patients with atopic dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis (AD), trigger factors, SCORAD index, pruritus, emollients, self-control

Атопиялық дерматит кезінде аурудың өршуін бақылау және алдын алу ретінде пациенттердің SCORAD индексін қолдануы

А.З. Жангиреева¹, Р.К. Алиева¹, Г.М. Изтлеуова¹, Ж.М. Балманова², В.А. Сейтбаева²

¹Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

²Дерматовенерологиялық орталық, Ақтөбе, Қазақстан

Мақалада атопиялық АтД дерматитінің негізгі патогенетикалық белгілері, қоздырғыш факторлардың рөлі, созылмалы дерматоз клиникасының ерекшеліктері, осы аурумен тері күтімі қарастырылады.



А.З. Жангиреева
e-mail: alfija007@list.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
29.03.2023

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
05.06.2023

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

Жүргізілген зерттеуде біз ШЖҚ «Қалалық клиникалық аурухана» МКК базасында 7-12 жастағы балалардағы атопиялық дерматиттің субъективті белгілерін – терінің қышуы мен ұйқының бұзылуын 36 адам деп бағаладық. Ақтөбе қаласының «кожно-венерологиялық орталығы» емдеудің 3 сатысында scorad индексінен параметрді сауалнама әдісімен бойлық перспективалық зерттеуде. Зерттеудің басында пациенттер әрқайсысында 18 адамнан тұратын екі тең топқа бөлінді. Алғашқы екі кезең екі топ үшін де бірдей болды. 3-ші, амбулаториялық кезеңде 1-ші топқа бақылау күнделіктерін жүргізу ұсынылды, онда: 1) эмоменттерді күніне екі рет қолдану; 2) аллергиялық жүктемесі бар өнімдерді қоспағанда, тамақтану; 3) дене белсенділігінің сипаты тіркелді. 2 топта өткізілген сауалнамалардың алынған ұпайлары.

Негізгі сөздер: *Атопиялық дерматит (АтД), триггер факторлары, SCORAD индексі, терінің қышуы, эмоменттер, өзін-өзі бақылау*

Применение пациентами индекса SCORAD при атопическом дерматите как контроль и профилактика обострения заболевания

А.З. Жангиреева¹, Р.К. Алиева¹, Г.М. Изтлеуова¹, Ж.М. Балманова², В.А. Сейтбаева²

¹Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтобе, Казахстан

²Кожно-венерологический центр, Ақтобе, Казахстан

В статье рассмотрены основные патогенетические признаки атопического дерматита АтД, роль триггерных факторов, особенности клиники хронического дерматоза, уход за кожей при данном заболевании. В проводимом исследовании мы оценили субъективные симптомы атопического дерматита АтД – кожный зуд и нарушения сна у детей 7-12 лет в количестве 36-ти человек на базе ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница. Кожно-венерологический центр» г.Ақтобе в продольном перспективном исследовании методом опросников параметра С индекса Scograd на 3-х этапах лечения. В начале исследования пациентов разделили на две равные группы по 18 человек в каждой. Первые два этапа были одинаковы для обеих групп. На 3-м, амбулаторном этапе, 1-ой группе предложили вести дневники наблюдения, в которых регистрировались:

1) применение эмоментов дважды в день; 2) питание, за исключением продуктов с аллергической нагрузкой; 3) характер физической активности. Полученные баллы опросников, которые проводились в 2-х группах до стационарного лечения, сразу после стационарного лечения и через 5 месяцев после стационарного лечения, ранжировались. Проводился сравнительный анализ параметра С индекса Scograd (интенсивность кожного зуда и нарушение сна) с помощью критерия Манна-Уитни в 2-х несвязанных выборках. В результате в 1-ой группе, где АтД контролировался, кожный зуд и нарушение сна достоверно ниже $p < 0,05$, составил 0,0005, чем во второй группе, где пациенты не пользовались регулярно эмоментами, не контролировали пищевое поведение и характер физической нагрузки. Таким образом, мы пришли к выводу, что метод самонаблюдения позволил осуществлять контроль триггерных факторов и продлевать ремиссию заболевания, тем самым улучшая качество жизни пациентов с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: *атопический дерматит (АтД), триггерные факторы, индекс SCORAD, кожный зуд, эмоменты, самоконтроль*

Введение

За последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости АтД во всем мире, что связано с загрязнением окружающей среды, аллергизирующим действием некоторых продуктов питания, укорочением сроков грудного вскармливания, вакцинацией и другими причинами [1]. По данным ISSAC- исследований, проводившихся в 56-ти странах, распространенность АтД у детей дошкольного возраста, проживающих в Иране, составляет 1,1%, тогда как в Японии и Швеции - этот показатель превышает 16%. В России - от 5,2 до 17,4% детей страдают атопическим дерматитом, тогда как в Европе показатель заболеваемости в два-три раза

выше (20% школьников имеют симптомы атопического дерматита) [2]. По статистическим данным, заболеваемость атопическим дерматитом в 2020 году среди всего населения Республики Казахстан составила – 42,1 на 100 тыс. человек. Самые высокие показатели уровня заболеваемости наблюдаются среди детей. В 2020 году 53,2% всех вновь зарегистрированных заболеваний АтД приходилось на детей в возрасте 0-17 лет, их число составило 4170 [3]. Согласно данным исследованиям, очевиден рост заболеваемости АтД в странах с высоким уровнем жизни, где с раннего детского возраста применяются гигиенические средства, чаще отрицательно влияющие на естественные

барьеры защитного слоя и уменьшающие контакт с микроорганизмами в раннем детском возрасте. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что АД оказывает серьезное негативное влияние на качество жизни пациентов и их семьи. Снижение качества жизни связано с наличием выраженных клинических проявлений, изнуряющего кожного зуда и нарушений сна у больных, частым развитием у них психоэмоциональных нарушений, а также с необходимостью дополнительных затрат времени и финансовых расходов на лечение и уход за пациентами, пропуски работы и занятий в школе [4].

Атопический дерматит (АтД) (син.: атопическая экзема, эндогенная экзема, диффузный нейродермит) – мультифакторное, генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [5].

Согласно эпидемиологическим данным, типичный возраст манифестации заболевания АтД происходит на первом году жизни более чем у 50% детей с этим заболеванием, до 5 лет — у 85%. В основном наблюдается легкое и среднетяжелое течение болезни. Частота тяжелых прогрессирующих форм составляет примерно 5%. С возрастом у пациентов, у которых сохраняются симптомы АтД, тяжелые формы встречаются чаще. По результатам ряда исследований, распространенность АтД у взрослых людей варьирует от 10 до 25% [6].

Для патогенеза АтД характерны три вида дефектов:

1) дефект барьерной функции эпидермиса, связанный с мутацией структурного белка филаггрина [7], который сочетается с повышенной транскутанной пенетрацией аллергенов, повышающую трансэпидермальную потерю воды [8]. В результате чего развивается сухость кожи, которая также усиливается вследствие уменьшения синтеза эпидермальных барьерных липидов (церамидов), которые ускоренно распадаются [9, 10];

2) дефекты врожденного иммунитета проявляются рецидивирующими кожными инфекциями, возбудителями которых являются *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*, *Pityrosporum ovale* и вирус простого герпеса, что объясняется не только нарушением барьерной функции эпидермиса, но и действием некоторых видов противомикробных пептидов на поверхности кожи [11, 12];

3) дефекты иммунной регуляции: изменение соотношения субпопуляций Т-хелперов (Th) в сторону фенотипа Th2, увеличение выработки интерлейкина 4 (ИЛ-4), стимулирующего выработку иммуноглобулина Е (IgE), и ИЛ-5, способствующего увеличению эозинофилов. Вследствие связывания антигенспецифического IgE с рецепторами Fcε на поверхности тучных клеток происходит их дегрануляция, выделяющиеся медиаторы (гистамин, лейкотриены и др.) являются причиной зуда при АтД [13].

Зуд является основным симптомом атопического дерматита. Интенсивный зуд и кожная реактивность сопровождают пациентов как в период обострения, так и вне его. Важную роль в реализации зуда играют нейропептиды, лейкотриены, PGE₂, IL-4, БАВ, высвобождаемые тучными клетками, базофилами, влияющие на вегетативные нервные окончания С-волокон, способных также воспринимать различные стимулы: температурное воздействие, давление, раздражение кожи во время зуда и передавать информацию в ЦНС, вызывая беспокойство и нарушение сна [14]. В ответ выделяются нейропептиды, субстанция Р, нейротензины и другие нейротрансмиттеры, в результате чего на коже появляются эритема, вазодилатация. Кератиноциты, повреждаемые при расчесывании кожи, также вовлекаются в так называемый зудорасчесный цикл, высвобождают цитокины и медиаторы неспецифического воспаления, замыкая патологический круг возникновения зуда [15].

При всех вариантах заболевания одним из главных факторов является нарушение барьерной функции кожного покрова, в результате чего происходит трансэпидермальная потеря воды (ТЭПВ), приводящая к сухости, патологической десквамации эпидермиса. Первой линией защиты эпидермиса от внешних триггеров является роговой слой, который состоит из корнеоцитов и матрикса ламинарно уложенных липидов, напоминающий «кирпичную кладку на растворе (brick-and-mortar model)». Липидные компоненты вместе с секретами потовых и сальных желез формируют на поверхности кожи защитную водно-липидную мантию, которая является еще одним барьером от потери влаги и играет важную роль в формировании факторов неспецифической резистентности, поддержания кислого рН на поверхности кожи [16].

Исследования последних лет показывают роль врожденной, генетически опосредованной ферментопатии желудочно-кишечной системы при АтД, обуславливающей развитие эндогенной интоксикации. Ферментная недостаточность желудка и кишечника, дисбактериоз, дискинезия желчевыводящих путей приводят к патологическому усвоению важнейших ингредиентов пищи и синтезу аутоагрессивных комплексов токсического и аутоаллергического характера. Эти изменения сопровождаются нейроэндокринными расстройствами, сдвигами в калликреин-кининовой системе, нарушением продукции катехоламинов и изменением функции защитных антител (в частности изменяется функция Т-супрессоров) [2].

По мнению А.В. Самцова [17], диагностические признаки АтД, отраженные в современных рекомендациях, подразделяют на: важнейшие, важные и ассоциируемые. Важнейшие признаки должны присутствовать обязательно. К ним относятся зуд, экзематозное воспаление (острое, подострое, хроническое), типичная морфология и возрастной эволюционизм. Это типичные клинические проявления, которые эволюционируют с возрастом. Например, у детей это поражение кожи лица, шеи и разгибательных поверхностей, у

взрослых – текущее или ранее имеющееся поражение сгибательных поверхностей. К важным признакам относятся: манифестация в раннем возрасте, наличие атопии в клиническом или семейном анамнезе, IgE-опосредованную гиперчувствительность и ксероз (сухость кожи). Ассоциируемые признаки представляют собой клинические проявления АтД, которые помогают заподозрить заболевание, но недостаточно специфические для постановки диагноза. Например, атипичные сосудистые реакции (бледность лица, белый дермографизм), фолликулярный кератоз, усиление кожного рисунка ладоней, ихтиоз, изменения со стороны глаз, периорбитальной области, другие очаговые изменения (в том числе периоральный, периаурикулярный дерматит), лихенификация, пруриго. Полученные на сегодняшний день данные о нарушении эпидермального барьера и чрескожной сенсibilизации позволяют предположить, что увеличение уровня IgE является вторичным признаком. Так, повышение уровня аллергенспецифического IgE может быть вызвано рядом патологий (прежде всего паразитарной инвазией, а также некоторыми онкологическими и аутоиммунными заболеваниями). Е.А. Аравийская рекомендует на оценке ассоциированных с АтД заболеваний и состояний, к которым относятся ринит, астма, пищевая аллергия, нарушение сна, депрессия и другие нейropsychиатрические нарушения [17].

Выбор терапии в каждом случае зависит от вида, тяжести и продолжительности АтД. Следует уделять особое внимание на проявления кожного зуда и нарушения сна, являющимися доклиническими проявлениями болезни. Единая для всех пациентов с АтД рекомендация – избегать воздействия триггерных факторов [18].

В ряде международных клинических рекомендаций по лечению АтД (атопической экземы) первой линией терапии является базовый уход, предполагающий применение эмолентов [16]. Исследования подтверждают, что эмоленты помогают не только уменьшить зуд, но и обладают стероидсберегающим свойством [19-21].

Патогенетическую основу лечения обострений atopического дерматита на современном этапе составляет наружная противовоспалительная терапия [22], включающая в себя назначение топических нефторированных глюкокортикостероидов или нестероидных противовоспалительных средств (ингибиторы кальциневрина, активированный цинк перитион). Общими в лечении АтД являются меры по элиминации специфических аллергенов, если таковые выявлены при специфическом аллергологическом обследовании; избегание неспецифических раздражителей; меры, направленные на гидратацию и смягчение кожи; информирование пациентов.

Основу ухода за кожей, пораженной АтД, составляют увлажняющие и смягчающие средства, которые должны применяться постоянно, независимо от фазы кожного процесса [18, 23]. Показано также использование в умеренных количествах мягких очищающих средств, имеющих нейтральный или кислый уровень

pH и не содержащих отдушек. Во время купания не рекомендуется пользоваться мочалками и жесткими губками, использовать горячую воду для ванны и душа. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением АтД можно назначать влажные обертывания с топическими глюкокортикостероидами (ГКС) или без таковых, чтобы уменьшить тяжесть течения заболевания и потерю влаги во время обострений. В рекомендациях Национальной ассоциации экземы представлен алгоритм ухода за кожей при АтД. Так, увлажняющее средство надо наносить сразу после мытья очень бережно, не втирая, один-два раза в день в зависимости от ощущений, остроты и выраженности воспалительного процесса. Специалисты предлагают применять правило трех минут: эмомент наносится на всю поверхность кожи в течение трех минут [24]. Подобная терапия наиболее эффективна и характеризуется минимальным количеством побочных эффектов. Уход за кожей при АтД предполагает исключение физических упражнений и занятий, вызывающих повышенное потоотделение; исключение соприкосновения кожи с жесткой тканью и шерстью; поддержание в спальне прохладной температуры (не выше 20 °C). Для стирки одежды и постельного белья нельзя использовать моющие средства с ферментными добавками.

Клинические проявления АтД переменны, клинически имеют степени тяжести.

Для оценки степени тяжести широко применяется разработанная в 1993 году Европейской рабочей группой по АтД (European Task Force Atopic Dermatitis) система SCORAD, позволяющая оценить степень тяжести заболевания на основании показателей распространенности кожного процесса, интенсивности клинических проявлений и субъективных симптомов [25, 26]. Она разрабатывалась совместно врачами и пациентами, страдающими АД, и объединяет объективные (интенсивность и распространенность кожного поражения) и субъективные (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критерии.

По мнению Е.А. Аравийской, в последнее время специалисты говорят об отсутствии необходимости использования в клинической практике существующих шкал для оценки тяжести течения заболевания (SCORAD, EASI и др.), оценки качества жизни, потому что они разрабатывались исключительно с исследовательской целью (предназначались для применения в клинических, эпидемиологических, фармакоэкономических исследованиях). Более эффективным методом оценки степени тяжести АтД в клинической практике является тщательный осмотр и опрос пациента (характер зуда, сна, влияние заболевания на качество повседневной жизни и социальной активности) [17].

Правильно оценивать основные симптомы заболевания, такие как кожный зуд и нарушение сна у детей старше 7-ми лет, возможно методом ведения дневников наблюдения мамами детей, больных АтД, куда вносятся: 1) все, что ребенок ест в течение дня, тем самым приучая ребенка контролировать пищевое поведение при данном заболевании с детства.

По данным некоторых авторов, у 80-85% детей пищевая аллергия является пусковым фактором атопического дерматита и в последующем отвечает за рецидивы (обострения) заболевания [27]; 2) использование эффективных очищающих, смягчающих и увлажняющих средств, что наглядно показывает родителям, как сохранять и защищать роговой слой кожи, уменьшая потребность в местных глюкокортикостероидах, обладающих рядом нежелательных побочных эффектов.

Предполагаем, что ведение дневников наблюдения у детей, больных АД, является профилактикой обострений, тяжелого течения заболевания и профилактикой осложнений.

Цель исследования: дать оценку интенсивности симптомов кожного зуда и нарушения сна при атопическом дерматите, выявить причинно-следственные связи их проявления и определить, как самоконтроль над триггерными факторами влияет на продолжительность ремиссии и способствует приверженности лечению.

Задачи исследования: 1) оценить интенсивность кожного зуда и нарушения сна с помощью заполнения таблицы Scrad, параметр С методом опросника на 3-х этапах исследования; 2) выявить причинно-следственные связи появления/усиления кожного зуда и нарушения сна у детей в возрасте от 7 – до 12 лет ведением дневников наблюдения на амбулаторном этапе исследования; 3) осуществить контроль течения хронического кожного заболевания АД путем ведения дневников наблюдения на амбулаторном этапе.

Материалы и методы

Дизайн исследования - лонгитюдное, продольное проспективное исследование. Набор больных проводился на базе ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница», кожно-венерологический центр г. Актобе, последовательно из числа поступивших больных атопическим дерматитом за период с апреля по сентябрь 2022 года.

Критерии включения в исследование: дети и подростки от 7-ми до 12-ти лет с различными клиническими формами АД (эритематозная, эритематозно-сквамозная и эритематозно-сквамозная с лихенификацией), средняя степень тяжести заболевания в стадии обострения, длительность заболевания от 1-го до 10-ти лет, информированное согласие родителей, возможность и желание строго следовать медицинским рекомендациям, ежедневное ведение дневников наблюдения, желание проходить скрининг-опросник.

Критерия исключения: в исследование не включали пациентов, не соответствующих указанному возрасту, а также пациентов, соответствующих критериям включения, но получающие системную терапию: ГКС (преднизолон, дексаметазон и др.) и цитостатики (циклоспорин). Критериями исключения также являлось наличие пиодермии и чесотки; наличие наследственных, инфекционных заболеваний, тяжелой соматической патологии; нежелания сотрудничества в рамках

протокола (частота визита, заполнение дневников).

В исследование включено 36 больных от 7-12 лет - (средний возраст составил 9,3 г.) из них мальчиков 17 человек (47,2%), девочек – 19 человек (52,7%) (таб. 1).

Для оценки интенсивности кожного зуда и нарушения сна мы применяли шкалу SCORAD (Параметр С). В целом шкала SCORAD выглядит следующим образом (рис.1).

Таблица 1. Характеристика пола исследуемых детей.

Группа	Таблица частот: Пол (таблица атопический дерматит)			
	Частота	Кумул. Частота	Процент	Кумул. Процент
Девоч.	17	17	47,22222	47,2222
Мальч.	19	36	52,77778	100,0000
Пропущ.	0	36	0,00000	100,0000

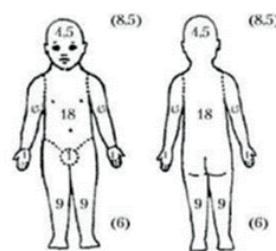


Рис.1 Шкала SCORAD

Параметр А. Распространенность кожного процесса — площадь пораженной кожи (%), которую рассчитывают по правилу «девятки».

Параметр В. Для определения интенсивности клинических проявлений подсчитывают выраженность 6-ти признаков (эритема, отек/папулы, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация, сухость кожи). Каждый признак оценивают от 0 до 3 баллов, где 0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — выражен умеренно, 3 — выражен резко (дробные значения не допускаются). Оценку симптомов проводят на участке кожи, где они максимально выражены. Общая сумма баллов может быть от 0 (кожные поражения отсутствуют) до 18 (максимальная интенсивность всех 6 симптомов). Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки выраженности любого количества симптомов.

Параметр С. Субъективные симптомы — зуд кожных покровов и нарушения сна — оценивают только у детей старше 7-ми лет. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую, по их мнению, степени выраженности зуда и нарушений сна, усредненную за последние 3 суток. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться от 0 до 20.

Как рассчитать индекс SCORAD. Общую оценку рассчитывают по формуле:

$$A/5 + 7B/2 + C.$$

Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления атопического дерматита). При значении индекса SCORAD до 20 баллов течение АТД определяется как легкое, от 20 до 40 баллов — как средней тяжести, выше 40 баллов — как тяжелое.

В нашем исследовании мы исследовали интенсивность кожного зуда и нарушения сна.

Метод исследования - опросник индекса ScoraD, параметр С, предназначенный для оценки зуда и нарушения сна, связанные с кожным поражением (рис. 2). Пациенту или его родителю предлагалось указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующие выраженности зуда и нарушению сна усредненную за последние трое суток. Каждый субъективный симптом оценивался в диапазоне от 0 до 10 баллов; баллы суммировались. Сумма баллов субъективных симптомов в индексе SCORAD может колебаться в диапазоне от 0 до 20 баллов, где 0-1-отсутствие зуда, 10 – очень сильный зуд. 0-1 – отсутствие нарушения сна, 10 – очень сильное нарушение сна.

Исследование проводилось в 3 этапа. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 клинические группы в соотношении 1:1.

I-ый и II-ой этапы – обследование и лечение в стационаре, был одинаковым для обеих групп, I этап - анкетирование при поступлении, II этап -анкетирование после стационарного лечения; III этап –амбулаторно, анкетирование через 5 месяцев после стационарного лечения. Общая продолжительность исследования составила 6 месяцев и включила первичный клинический осмотр с контрольными осмотрами после стационар-

ного лечения и спустя 5 месяцев после стационарного лечения. В стационаре пациенты обеих групп прошли клиническое обследование, согласно протоколу по клиническим рекомендациям. Ig E – ассоциированный АТД был выявлен у 6 человек (16,6%), Ig E-не ассоц. – у 30 чел (83,3%).

Пациенты обеих групп получали одинаковое стационарное лечение, включающее антигистаминные препараты, десенсибилизирующие средства, тГКС I-II класса, базовый уход. Пациенты с Ig E – ассоциированным АТД были консультированы аллергологом и педиатром на предмет АТД – ассоциированных заболеваний: бронхиальной астмы, конъюнктивита, гельминтозов. Результат обследования был отрицательным. После основного курса терапии при достижении клинической ремиссии пациенты обеих групп продолжали базовую терапию в течение первых 3-4 недель амбулаторного наблюдения.

III-й амбулаторный этап (отличительный этап исследования) включал ведение дневников наблюдения в 1-ой группе, где пациенты и их родители ежедневно отмечали: 1) обязательное применение эмолентов 2 р/день, 2) диету, где было рекомендовано исключить яйца, шоколад, рыбу, цитрусовые, мед, сдобное тесто, 3) характер физической активности. Пациенты 2-ой группы были выписаны с общими рекомендациями, согласно протоколу, не вели дневники и прошли опросники SCORAD - через 5 месяцев после стационарного лечения, на приеме у дерматолога.

Результаты

Сбор, накопление и систематизация результатов исследования проводилась в базе данных MS Excel 2013. Статистическая обработка и графическое представление данных проводилось с помощью специального программного обеспечения SPSS Statistics version 25 (IBM Corp., США).

На I-м этапе интенсивность кожного зуда и нарушение сна (по таблице ScoraD, параметр С) у больных 1 группы составляла от 13 до 18 баллов (медиана 15); у больных 2 группы - от 15 до 18 (медиана 17).

На II этапе, после стационарного лечения параметр С в 1 группе - от 5 до 6 баллов (медиана 5). Во 2 группе – от 5 до 6 баллов (медиана 6).

На III этапе, после 5 месяцев амбулаторного наблю-

ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНЫХ СИМПТОМОВ
при атопическом дерматите по шкале **SCORAD**
(оценивается пациентом усредненно за последние 3 суток)
Субъективные симптомы оценивают только у детей старше 7 лет!

Отсутствие зуда **Очень сильный зуд**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Отсутствие нарушения сна **Очень сильное нарушение сна**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Рис 2. Опросник индекса ScoraD

Таблица 2. Описательная статистика Параметра С индекса Scord на 3-х этапах исследования в 2-х группах

Этапы	Значения Параметра С в 1 и 2 группах								
	Гр	n	M.	Me	Min	Max	25%	75%	Средн. Откл.
I	1	18	15,2777	15,0000	12,0000	18,0000	13,0000	18,0000	2,2959
II	1	18	5,2777	5,0000	4,0000	6,0000	5,0000	6,0000	0,7519
III	1	18	8,2777	8,5000	5,0000	10,0000	7,0000	10,0000	1,8725
I	2	18	16,5000	17,0000	14,0000	18,0000	16,0000	18,0000	1,4245
II	2	18	5,4000	6,0000	4,0000	7,0000	4,0000	6,0000	1,0966
III	2	18	11,6000	12,0000	8,0000	16,0000	9,0000	13,0000	2,4287

дения параметр С составил в 1 группе - от 7 до 10 баллов (медиана 8,5), у пациентов 2 группы - от 8 до 13 баллов (медиана 12) (таблица 2).

Обсуждение результатов

При сопоставлении результатов исследования пациентов 1-ой и 2-ой групп выявлены существенные статистически значимые различия снижения балльной оценки опросника интенсивности кожного зуда и нарушения сна по шкале Scord на I-ом, II-ом и III-м этапах исследования. Применение базовой терапии в период ремиссии, на III этапе, способствовало отсутствию значимого обострения атопического дерматита в обеих группах, сохранению достигнутого клинического эффекта, что подтверждалось отсутствием отрицательной динамики индекса Scord в сравнении при начале и окончании исследования. (рис.3).

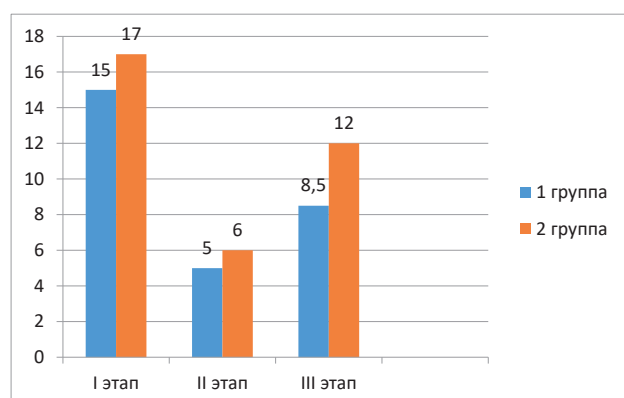


Рис.3 Динамика параметра С индекса Scord на фоне ведения дневников наблюдения на I,II и III этапах исследования.

На момент поступления в стационар на I-ом этапе исследования интенсивность кожного зуда и нарушения сна были изначально статистически незначительно ниже в 1-ой группе и составил 15 баллов (ср.отклонение 2,3), Me (25%75% 13;18 баллов). Во 2-ой группе -17баллов (ср.отклонение 1,4), Me (25%75%-15;18 баллов). В результате комплексного стационарного лечения, продолжительностью от 14 до 18 дней, на II этапе интенсивность кожного зуда и нарушения сна достоверно снизились в обеих группах и статистически сравнялись между собой: в 1-ой группе параметр С составил 5 баллов (ср.отклонение 0,8), нижний квартиль 5.0, верхний квартиль 6.0. Во 2-ой группе 6 баллов (ср.отклонение 1,1), Me(25%75%- 5;6 баллов).

Все пациенты, включенные в исследование, осуществили визиты последующего наблюдения в запланированные протоколом сроки, через 5 месяцев после выписки из стационара, допустимым отклонением считалось ± 3 дня.

На III отличительном этапе интенсивность кожного зуда и нарушения сна достоверно ниже в 1-ой группе. Предполагаем объяснить различие тем, что пациенты 1-ой группы вели дневники наблюдения, проявляли комплаентность лечению, осуществляя ежедневный базовый уход эмолентами 2 раза в день, исключением продуктов питания с повышенной аллергической нагрузкой. По данным опросников, Параметр С составил 8,5 баллов (ср. отклонение 1,9), нижний квартиль 7.0, верхний квартиль 10.0 баллов, тогда как во 2-ой группе, где дневники наблюдения не велись, он был выше и составил 12 баллов (ср. отклонение 2,4), Me (25%75% 9;13 баллов).

В динамике параметр С составлял в 1-ой группе при поступлении в стационар - 15 баллов, через 5 месяцев - 8,5 баллов; во 2-ой группе при поступлении в стационар - 17 баллов, а через 5 месяцев - 12 баллов (рис.4). Число дней, в которые пациенты не испытывали зуд кожи и/или нарушения сна, также значительно увеличивалось на протяжении регулярного применения средств лечебной косметики и приверженности рекомендуемой диеты.

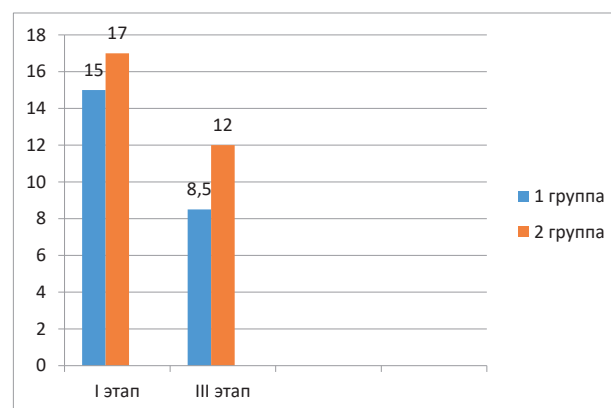


Рис. 4. Динамика параметра С индекса Scord на начальном и завершающем этапах (I;III) исследования в двух группах.

При сравнении результатов кожного зуда и нарушения сна на начальном и конечном этапах исследования можно утверждать положительную динамику их снижения в 1-ой группе - на 44%, а во 2-ой группе - на

30% с исходными данными. Сеем предположить, что это свидетельствует о большей приверженности лечению пациентами 1-ой группы, в которой велись дневники наблюдения, где фиксировались ежедневное применение эмолентов, характер питания и физической нагрузки.

По результатам нашего исследования, наблюдается увеличение интенсивности кожного зуда и нарушения сна на период от 2-го к 3-му этапам, что по временному промежутку приходилось на летнее время и отмечалось в обеих группах (рис. 5). Рост составил с 5 до 8,5 баллов в 1-ой группе и от 6 до 12 баллов - во 2-ой группе, что может свидетельствовать о нарушении приверженности терапии, поскольку многие из существующих на сегодня эмолентов обладают не только хумектантными и липидовосполняющими свойствами, но и образуют пленку на поверхности кожи пациентов; а также физической активности детей летом, когда они много играют, бегают, много времени проводят на открытом воздухе в условиях местного жаркого сухого климата. У двоих детей из первой группы отмечалось обострение кожного процесса в связи с контактом с домашними животными у родственников, что усилило кожный зуд, и потребовалось применение дополнительно антигистаминных препаратов.

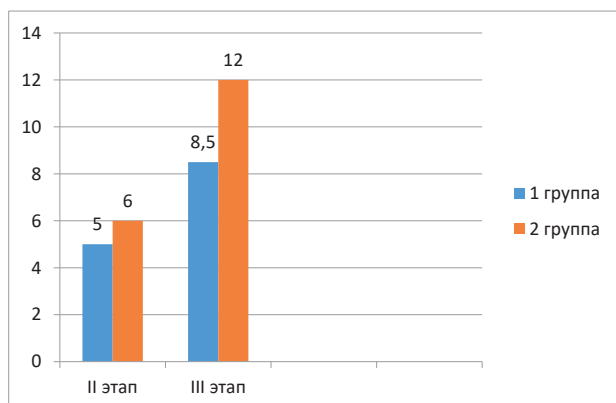


Рис.5 Динамика параметра С индекса Scoraд на II и III этапах исследования.

Нами рассмотрено подобное исследование группой авторов г. Санкт-Петербург по исследованию параметра С индекса Scoraд, где через 2 нед. применения увлажняющие средства значительно снижали выраженность зуда (с 6,4 до 3,6 балла) и связанные с ним нарушения сна ребенка (с 2,6 до 1,2 балла). Суммарный балл параметра С индекса Scoraд составил с 9,0 до 4,8 баллов [28]. Но сравнивать наше исследование с вышеуказанным считается недостаточно корректным, так как контроль параметра С индекса Scoraд в нашем исследовании осуществлялся через 5 месяцев от начала применения проактивной терапии. Общая доминанта прослеживается отрицательной динамикой субъективных симптомов при применении базового ухода эмолентами в обоих исследованиях.

Для определения достоверности различий мы провели статистический анализ с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни (Mann-

Whitney) для сравнения выраженности показателей интенсивности кожного зуда и нарушения сна (параметр С, Scoraд) в 2 –х несвязанных выборках (группа 1 и группа 2). Связываемыми показателями явились этапы исследования: I, II, III этапы.

Следует уточнить, что критерий Манна-Уитни предназначен для оценки различий между двумя малыми выборками по уровню какого-либо количественно измеренного признака, в нашем случае измерение кожного зуда и нарушения сна шкалой интенсивности от 0 до 10 каждого параметра. В основе расчета произвели упорядочивание (ранжирование) имеющихся значений по отношению друг к другу.

За «нулевую гипотезу» взяли предположение о том, что в сравниваемых группах отсутствует различие в распределении Параметра С индекса Scoraд у пациентов, ведущих и не ведущих дневников наблюдения. За «альтернативную гипотезу» выразили предположение, что в группах будет различие, учитывая, что пациенты ведут дневники наблюдения, отображая ежедневное применение эмолентов, осуществляя контроль питания, учитывая характер физических нагрузок, осуществляют самоконтроль над заболеванием. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Результат сравнительного анализа параметра С Scoraд представлен в таблице 3.

Таблица 3. Динамика Параметра С индекса SCORAD в 1 и 2 группах Критерий Манна-Уитни(p)

	Параметр С Scoraд Me (25%;75%)		p
	1 группа U (n = 18)	2 группа U (n = 18)	
I этап (стац.)	15 (13;18)	17 (15;18)	0,121
II этап (стац.)	5 (5;6)	6 (5;6)	0,591
III этап (амбул, ч/з 6 месяцев после стац. лечения)	8,5 (7;10)	12 (9;13)	

*-статистически значимые различия по критерию Манна-Уитни

Параметр С на I-ом этапе исследования при поступлении в стационар был высоким в обеих группах, во 2-ой группе был выше, чем в 1-ой изначально. Различия статистически незначимы, уровень статистической значимости недостоверен и составил $p = 0,121$, при статистической значимости ($p < 0,05$).

Параметр С (кожный зуд и нарушения сна) на II-ом этапе сразу после стационарного лечения снизился в 3 раза в обеих группах и статистически сравнивался между собой в обеих группах. Различия были статистически не значимыми, уровень не достоверен - $p = 0,591$ ($p > 0,05$). Это свидетельствует о том, что выраженность кожного зуда и нарушения сна на начало III амбулаторного этапа были достоверно одинаковыми в обеих группах. «Нулевая гипотеза» на втором этапе очевидна, потому как анкетирование состоялось на этапе постстационарного лечения, когда обе группы получили комплексное стационарное лечение.

Параметр С индекса Scoraд на III-ем этапе амбулаторного наблюдения через 5 месяцев после стационар-

ного лечения значимо выше во 2 группе. При сопоставлении результатов на амбулаторном этапе между 1-ой и 2-ой группами различия между группами по исследуемому параметру были значимыми ($p=0,0005$), что прямо указывает на уменьшение интенсивности кожного зуда и нарушения сна в 1-ой группе, где велись дневники наблюдения. «Альтернативная гипотеза», где мы выразили предположение, что в группах будет различие – подтвердилась. Уровень статистической значимости достоверно ниже $p < 0,005$. Комплаенс в отношении использования базового ухода в 1-ой группе детей (число дней применения эмолентов 2 раза и более, по данным дневников самонаблюдения) составил 93,3% - у 15 детей; у остальных 3-х детей он колебался от 85,8 до 92,9%. К III-ему этапу доля пациентов, полностью выполнивших назначения врача, составила 80% (13 детей); остальные 20% (5 детей) пропустили от трех до пяти дней применения эмолентов по разным причинам (отъезд в другой город, смена эмолентов); также у двух пациентов из этих пяти отмечалось незначительное обострение процесса в связи с контактом с домашними животными, будучи в гостях у родственников.

Как указывалось выше, изначально дети имели течение атопического дерматита средней степени тяжести, сопровождающиеся различными клиническими формами АтД - эритематозной, эритематозно-сквамозной и эритематозно-сквамозной с лихенификацией. Длительное применение эмолентов способствовало снижению зудорасчесного цикла, что клинически выразалось в уменьшении кожных проявлений заболевания.

По субъективным показателям, наиболее значимым для качества жизни ребенка с атопическим дерматитом и членов его семьи — зуду кожи и нарушению сна — наблюдалась отчетливая положительная динамика. Применение препаратов для восполнения липидов эпидермиса, восстановления барьерной функции кожи и ее дополнительного увлажнения, приверженность к гипоаллергенной диете уменьшало выраженность зуда кожи, нарушения сна у детей с атопическим дерматитом и повышало степень контроля заболевания в целом. Наблюдающие врачи отмечали только «улучшение» у 6 пациентов (33,3%) либо «выраженное улучшение» у 8 пациентов (44,4%). Даже у пациентов, у которых произошло обострение к моменту визита 2 пациента (11,1%), общее впечатление от применения эмолентов, ограничение питания аллергенных продуктов, расценили как «улучшение».

Купирование и долгосрочный контроль показателей интенсивности кожного зуда и нарушения сна изменяло течение атопического дерматита и восприятие этого заболевания пациентами и родителями.

Выводы. В проводимом исследовании нам удалось дать количественную оценку интенсивности симптомов кожного зуда и нарушения сна при атопическом дерматите при помощи опросников SCORAD на 3-х этапах исследования. Мы выявили высокую интенсивность кожного зуда и нарушения сна у пациентов

до стационарного лечения, достоверное их снижение после стационарного лечения в обеих группах. Также отметили достоверное повышение показателей интенсивности кожного зуда и нарушения сна во 2 группе пациентов на амбулаторном этапе.

Проведя разъяснительную работу с родителями пациентов, страдающих атопическим дерматитом, нам удалось объяснить о важности контроля за триггерными факторами, провоцирующими обострение зудящего дерматоза, среди которых могут быть домашняя пыль, контакт с животными, некоторые продукты питания. Предложенное нами ведение дневников наблюдения показало высокую эффективность. Ежедневный контроль в домашних условиях за триггерными факторами, применением большими эмолентов, контроль за рационом питания и за характером физической нагрузки наглядно демонстрировал снижение кожного зуда и нарушения сна у больных детей атопическим дерматитом в 1-ой группе, где велись дневники наблюдения.

Динамическое наблюдение за пациентами как 1-ой, так и 2-ой группы показало, что у пациентов 1-ой группы, ведущих дневники наблюдения в течение 5-ти месяцев отмечалось улучшение сна, уменьшение зуда, повышение активности, что в целом положительно сказалось на качестве жизни и приверженности к лечению АтД. Регулярное применение косметических средств базового ухода вело к закреплению ремиссии путем активного восстановления целостности кожных покровов.

Метод контроля/наблюдения интенсивности субъективных ощущений, таких как кожный зуд и нарушение сна при атопическом дерматите, позволил эффективно пролонгировать стадию ремиссии у больных с АтД и соответственно повысить качество жизни больных.

Больные АтД постепенно учились формировать правильное пищевое поведение на амбулаторном этапе, ориентируясь на наличие/отсутствие кожного зуда, а также предотвращать нарушение эпидермального барьера регулярным применением эмолентов.

Метод самонаблюдения позволил проводить контроль триггерных факторов, предупреждая обострения АтД. Из вышеуказанных наблюдений можем предположить, что самоконтроль также смог повысить приверженность к лечению хронически-рецидивирующего дерматоза. Купирование и долгосрочный контроль этого показателя меняли течение атопического дерматита и восприятие этого заболевания пациентами и родителями.

Динамическое наблюдение за пациентами, как 1-ой так и 2-й группы в течение 5-ти месяцев показало, что у пациентов 1-ой группы, ведущих дневники наблюдения, где отмечались применение эмолентов в качестве базового ухода, велся «пищевой» дневник, регистрировался характер физической нагрузки, отмечалось улучшение сна, уменьшение зуда, повышение работоспособности, что в целом положительно отражалось на качестве их жизни.

Список литературы:

- Скрипкин ЮК, Шеклакова МН, Масюкова СА. Атопический дерматит. РМЖ. 1999;14:643
Skrjpkjn YUK, Sheklakova MN, Masyukova SA. Atopic dermatitis. RMZH. 1999;14:643. (In Russ.).
- Касохов ТБ, Цораева ЗА, Касохова ВВ, Мазур АИ. Атопический дерматит у детей. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016;1:8-26. eLIBRARY ID:26682637
Kasokhov TB, Tsoraeva ZA, Kasokhova VB, Mazur AI. Atopic dermatitis in children. Scientific review. Medical Sciences. 2016;1:8-26. eLibrary ID:26682637. (In Russ.).
- Абишев АТ, Джусупгалиева МХ, Таубаева АА, Тонконогова НВ, Касенова ОВ. Динамика заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Казахстан в период с 2014-2020 гг. Вопросы дерматологии и венерологии. 2021;1-2:29-37 ISSN: 2707-3696 Linking ISSN (ISSN-L): 1680-9149
Abishev AT, Dzhusupgalieva MX, Taubaeva AA, Tonkonogova NV, Kasenova OV. Dynamics of the incidence of skin and subcutaneous tissue diseases in the Republic of Kazakhstan in the period from 2014-2020. Questions of Dermatology and Venereology. 2021;1-2:29-37 ISSN: 2707-3696 Linking ISSN (ISSN-L): 1680-9149. (In Russ.).
- Рысбекова ДЕ, Святова ГС, Бейсебаева УТ, Сарыбаева ГК, Хабижанов АБ, Альменова ЛТ, Оспанова СА. Клинико-генетические особенности atopического дерматита. Литературный обзор. Клиническая медицина и фармакология. 2022;6:78-83. doi: 10.53511/PHARMKAZ.2022.52.57.012.
Rysbekova DE, Svyatova GS, Beisebayeva UT, Sarybayeva GC, Khabizhanov AB, Almenova LT, Ospanova SA. Clinical and genetic features of atopic dermatitis. Literary review. Clinical Medicine and Pharmacology. 2022;6:78-83, doi: 10.53511/PHARMKAZ.2022.52.57.012 UDC: 616.5-002. (In Russ.).
- Атопический дерматит РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК. 2019 (Казахстан). Одобен от 28.11 2019 года, Протокол № 78.
Atopic dermatitis RCRP (Republican Center for Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan) Version: Clinical protocols of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan - 2019 (Kazakhstan) Approved on 28.11 2019, Protocol No. 78. (In Russ.).
- Соболева ВА, Кудрявцева АВ, Свитич ОА, Геппе НА. Факторы риска развития прогрессирующего течения atopического дерматита у детей и подростков. Доктор.Ру. 2022;21(7):41-44. doi: 10.31550/1727-2378-2022-21-7-41-44
Soboleva VA, Kudryavtseva AV, Svitich OA, Geppe NA. Risk factors for the development of progressive atopic dermatitis in children and adolescents. Doctor Ru. 2022;21(7):41-44. doi: 10.31550/1727-2378-2022-21-7-41-44. (In Russ.).
- O'Regan GM, Irvine AD. The role of filaggrin loss-of-function mutations in atopical dermatitis. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. 2008;8(5):406-410.
- Мурашкин НН, Иванов РА, Амбарчян ЭТ. и др. Филаггрина atopический дерматит: клинико-патогенетические параллели и возможности терапевтической коррекции. Вопросы современной педиатрии. 2021;20(5):435-440. <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i5.2320>
Murashkin NN, Ivanov RA, Ambarchyan ET. i dr. Filaggrin atopicheskij dermatit: kliniko-patogeneticheskie paralleli i vozmozhnosti terapevticheskoy korrekcii. Voprosy sovremennoj pediatrii. 2021;20(5):435-440. 2021;20(5):435-440. <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i5.2320>. (In Russ.).
- Детская дерматология: пер. с нем., под ред. Хегер ПГ. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013:634.
Heger PG. ed. Pediatric dermatology. Trans. from German. M.: Panfilov Publishing House; BINOM. Laboratory of Knowledge. 2013:634. (In Russ.).
- Корюкина ЕБ, Хисматуллина ЗР, Головырина ИЛ. Роль эмолентов в терапии atopического дерматита. Клиническая дерматология и венерология. 2019;18(1):43-48. <https://doi.org/10.17116/klinderma20191801143>
Koryukina EB, Hismatullina ZR, Golovyryna IL. Rol' emolentov v terapii atopicheskogo dermatita. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2019;18(1):43-48. <https://doi.org/10.17116/klinderma20191801143>. (In Russ.).
- Батыршина СВ, Хаертдинова ЛА, Халилова РГ, Сабынина ЕЕ. Микробиоценоз кожи у больных atopическим дерматитом и его коррекция. Практическая медицина. 2013;73(1-4):33-37.
Batyrschina SV, Haertdinova LA, Khalilova RG, Sabyrina EE. Microbiocenosis of the skin in patients with atopical dermatitis and its correction. Practical medicine. 2013;73(1-4):33-37. (In Russ.).
- Испаева ЖБ, Маемгенова ГН, Шоканова ЭТ, Сарсенбаева АМ, Жанкалова ЗМ. Альтернативные методы наружной терапии при atopическом дерматите. Вестник КазНМУ. 2019;272-274
Ispayeva JB, Mayemgenova GN, Shokanova ET, Sarsenbayeva AM, Zhankalova ZM. Alternative methods of external therapy for atopical dermatitis. Bulletin of KazNMU. 2019; 272-274 UDC 616-056.3. (In Russ.).
- Колесникова НВ. Тучные клетки при аллергическом и инфекционном воспалении. РМЖ. Медицинское обозрение. 2022;6(2):79-84. doi: 10.32364/2587-6821-2022-6-2-79-84.
Kolesnikova NV. Mast cells in allergic and infectious inflammation. breast cancer. Medical review. 2022;6(2):79-84. doi: 10.32364/2587-6821-2022-6-2-79-84. (In Russ.).
- Кубанова АА, Кубанов АА, Чикин ВВ, Волнухин ВА, Смольяникова ВА, Неведова М. А. Динамика интенсивности зуда и экспрессии белков фактора роста в коже больных atopическим дерматитом под действием ультрафиолетовой терапии. Вестник дерматологии и венерологии. 2015;5:59-65.
Kubanova AA, Kubanov AA, Chikin VB, Volnuhin VA, Smolyannikova VA, Nefedova M. A. Dynamics of itching intensity and expression of growth factor proteins in the skin of patients with atopical dermatitis under the influence of ultraviolet therapy. Bulletin of Dermatology and Venereology. 2015;5:59-65. (In Russ.).
- Короткий НГ, Гамаюнов БН, Тихомиров АА. Практика применения новых наружных средств в лечении atopического дерматита у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2010;1:1-6.
Korotky NG, Gamayunov BN, Tikhomirov AA. The practice of using new external agents in the treatment of atopical dermatitis in children. Clinical Dermatology and Venereology. 2010;1:1-6
- Притуло ОА, Рычкова ИВ, Тарасова ЕС. Эмоленты в комплексной терапии atopического дерматита в условиях жаркого климата. Клиническая дерматология и венерология. 2018;1: 57-63. <https://doi.org/10.17116/klinderma201817157-63>.
Pritulo OA, Rychkova IV, Tarasova ES. Emolenty v kompleksnoj terapii atopicheskogo dermatita v usloviyah zharkogo klimata. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2018;1: 57-63. <https://doi.org/10.17116/klinderma201817157-63>. (In Russ.).
- VIII Научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов "Санкт-Петербургские дерматологические чтения". Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2015;1(9):16-20. https://umedp.ru/articles/atopicheskij_dermatit_novoe_v_evropeyskikh_amerikanskikh_rekomendatsiyakh_viii_nauchnoprakticheskaha.html.
VIII Nauchno-prakticheskaya konferenciya dermatovenerologov i kosmetologov & kыюот; Sankt-Peterburgskie dermatologicheskie chteniya & kыюот; Effektivnaya farmakoterapiya. Dermatovenerologiya i dermatokosmetologiya. 2015;1(9):16-20. (In Russ.).
- Мурашкин НН, Опрятин ЛА, Епишев РВ. и др. Зуд при atopическом дерматите: от этиологических особенностей к терапевтической тактике. Вопросы современной педиатрии. 2020;19(6):468-476. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2151.
Murashkin NN, Opryatyn LA, Epishev RV. i dr. Zud pri atopicheskome dermatite: ot etiologicheskikh osobennostey k terapevticheskoy taktike. Voprosy sovremennoj pediatrii. 2020;19(6):468-476. doi: 10.15690/vsp.v19i6.2151. (In Russ.).
- Elias PM Hatano Y Williams ML. Basis for the barrier abnormality in atopical dermatitis: Outsideinside-outside pathogenic mechanisms. J. Allergy Clin Immunol. 2008;121(6):1337-1343
- Fujita H, Shemer A, Saurez-Farinaz M. et al. Lesional dendritic cells in patients with chronic atopical dermatitis and psoriasis exhibit parallel ability to activate T-cell subsets. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(3):574-582.

21. Прутило ОА, Горбенко АВ. Эмоленды и медицинские технологии коррекции синдрома сухой кожи в дерматологической и косметологической практике. Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2012;2(45):82-90.
Prutilo OA, Gorbenko AV. Emollients and medical technologies for correction of dry skin syndrome in dermatological and cosmetological practice. Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2012;2(45):82-90. (In Russ.).
22. Маланичева ТГ, Денисова СН, Вахрамеева СН. Атопический дерматит у детей — основные принципы терапии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012;3: 81 – 89
Malanicheva TG, Denisova SN, Vakhrameyeva SN. Atopicheskiy dermatit u detey — osnovnyye printsipy terapii. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii 2012;3: 81 – 89. (In Russ.).
23. Тихомиров АА, Гамаюнов БН, Короткий ВН. Современные эмоленды в лечении, профилактике и уходе за кожей пациентов с атопическим дерматитом. Педиатрия. 2012;91(2):88-92.
Tikhomirov AA, Gamayunov BN, Short VN. Modern emollients in the treatment, prevention and skin care of patients with atopic dermatitis. Pediatrics. 2012;91(2):88-92. (In Russ.).
24. Федоровская АВ, Паршущина МВ. Атопический дерматит: необходимость рационального ухода. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016;1:73–76.
Fedorovskaya AV, Parshushina MV. Atopic dermatitis: the need for rational care. Consilium Medicum. Pediatrics (Adj.). 2016;1:73–76. (In Russ.).
25. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993;186(1):23-31. doi: 10.1159/000247298.
26. Адаскевич ВП. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2014:65 – 80.
Adaskevich VP. Diagnosticheskiye indeksy v dermatologii. M.: Izdatelstvo Panfilova; BINOM. Laboratoriya znaniy. 2014:65 – 80. (In Russ.).
27. Испаяева ЖБ, Ревякина ВА, Сенцова ТБ. и др. Взаимосвязь пищевой аллергии и атопического дерматита у детей. КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова. 2013;4(1):178-186.
Ispayeva ZhB, Revyakina VA, Sentsova TB. i dr. Vzaimosvyaz pishchevoy allergii i atopicheskogo dermatitau detey. KazNMU im.S.D. Asfendiyarova. 2013;4(1):178-186. (In Russ.).
28. Камаев АВ, Трусова ОВ, Бутырина УА, Макарова ИВ. Повышение эффективности лечения детей с атопическим дерматитом в результате использования комплекса эмолиентов. Рос вестн перинатол и педиатр. 2019;64:(3):109-117. doi: 10.21508/1027-4065-2019-64-3-109-117.
Kamayev AV, Trusova OV, Butyrina UA, Makarova IV. Povysheniye effektivnosti lecheniya detey s atopicheskim dermatitom v rezultate ispolzovaniya kompleksa emolientov. Ros vestn perinatol i pediatri. 2019;64:(3):109-117. doi: 10.21508/1027-4065-2019-64-3-109-117.

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-79-85
 УДК 616.24-036.12:303.621.35(574.13)
 МРНТИ 76.29.35

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ (ӨСОА) ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АНАМНЕЗІН САУАЛНАМА КӨМЕГІМЕН ЗЕРТТЕУ

А.Т. КАМАЛБЕК, Р.К. НАЗАРБАЕВА, Н.У. АЛЕКЕНОВА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Камалбек А.Т. – <https://orcid.org/0009-0002-3281-1177>
 Назарбаева Р.К. – <https://orcid.org/0000-0003-0993-9447>
 Алеkenова Н.У. – <https://orcid.org/0000-0001-5751-1678>

Citation/
 библиографиялық сілтеме/
 библиографическая ссылка:

Kamalbek AT, Nazarbaeva RK, Alekenova NU. Epidemiological history of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) survey in Aktobe. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):79-85

Камалбек АТ, Назарбаева РК, Алеkenова НУ. Ақтөбе қаласындағы өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін сауалнама көмегімен зерттеу. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):79-85

Камалбек АТ., Назарбаева РК., Алеkenова НУ. Исследование эпидемиологического анамнеза хронической обструктивной болезни легких (хобл) в городе Актөбе с помощью анкетирования. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):79-85

Epidemiological History of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Survey in Aktobe

A.T. Kamalbek, R.K. Nazarbaeva, N.U. Alekenova
 Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to study chronic obstructive pulmonary disease (COPD) epidemiological history using a survey depending on the city area of residents.

Methods. The survey was conducted among patients registered with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Aktobe clinics to analyze their epidemiological history (n=121). The questionnaire is consisting of 11 questions, which allowed to collect all the valuable information in terms of research indicators.

Results. According to the results of the survey, it was found that 70% of patients registered with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) do not smoke, and 20% of patients work in industry.

Conclusion. As a result of the analysis of the epidemiological history of COPD among patients in Aktobe polyclinics, it was found that the disease is not associated only with smoking or working in industry.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), smoking, risk factor, industrial zone, epidemiological history

Ақтөбе қаласындағы өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін сауалнама көмегімен зерттеу

А.Т. Камалбек, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алеkenова
 Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеу мақсаты: Ақтөбе қаласының тұрғындарының тұратын аймағына байланысты өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін сауалнама көмегімен зерттеу.

Әдістері. Ақтөбе қаласының емханаларында өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) тіркелген науқастар арасында эпидемиологиялық анамнезін талдау мақсатында сауалнама жүргізілді (n=121). Сауалнама зерттеу көрсеткіштері тұрғысынан барлық құнды ақпаратты жинауға мүмкіндік беретін 11 сұрақ бойынша әзірленді.

Нәтижелері. Сауалнама нәтижесі бойынша, өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) тіркелген науқастар арасында 70 % шылым шекпейтіні, 20 % өндірісте жұмыс жасайтындықтары анықталды.

Қорытынды. Қорыта келе, Ақтөбе қаласының емханаларында өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) тіркелген науқастар арасында ӨСОА эпидемиологиялық анамнезін талдау нәтижесінде, науқастардың ауруын тек шылым шегумен немесе өндірісте жұмыс жасауымен ғана байланыстырмайтыны анықталды.

Негізгі сөздер: өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА), шылым шегу, қауіп факторы, өндірістік аймақ, эпидемиологиялық анамнез



Камалбек А.Т.
 e-mail: aru.zhan08@mail.ru

Received/
 Келін түсті/
 Поступила:
 06.05.2023

Accepted/
 Басылымға қабылданды/
 Принята к публикации:
 28.05.2023

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

Исследование эпидемиологического анамнеза хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в городе Актобе с помощью анкетирования

А.Т. Камалбек, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алеменова

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

Цель. Исследование эпидемиологического анамнеза хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в зависимости от зоны проживания жителей города Актобе с помощью анкетирования.

Методы. Проведен опрос среди больных, состоящих на учете с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в поликлиниках г. Актобе для анализа их эпидемиологического анамнеза (n=121). Анкета была разработана из 11-ти вопросов, что позволило собрать всю ценную информацию с точки зрения показателей исследования.

Результаты. По результатам анкетирования установлено, что 70% больных, состоящих на учете с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), не курят, а 20% работают на производстве.

Выводы. В результате анализа эпидемиологического анамнеза ХОБЛ среди больных, состоящих на учете с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в поликлиниках г.Актобе, установлено, что заболевание больных не связано только с курением или работой в индустрии..

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), курение, фактор риска, промышленная зона, эпидемиологический анамнез

Кіріспе

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – уақытша еңбекке жарамсыздықтың өсуіне, мүгедектік пен мерзімінен бұрын өлімнің өсуіне айтарлықтай үлес қосатын қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі проблемаларының бірі. Бүкіл әлемде Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) басты назарда, өйткені оның таралуы, ауруы және өлім-жітімі Денсаулық сақтау жүйелері үшін үлкен проблемалар туғызады [1].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – айтарлықтай сырқаттанушылық пен өлімге әкелетін кең таралған респираторлық ауру.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша, 2020 жылға қарай өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) өлімнің негізгі себептерінің біріне айналды және өлімнің барлық себептері арасында 3-ші орынға шығуы мүмкін.

Жаһандық ауқымда өкпенің созылмалы ауруы (ӨҚА) проблемасы толық диагноз қойылмаған күйде қалып отыр. Таралуына қарамастан, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) диагнозы қойылмайды және көптеген науқастарда ауру клиникалық түріне дамығанға дейін диагноз қойылмайды. Жақында жүргізілген іргелі ғылыми және клиникалық зерттеулер диагнозды жақсарту, ауруды түрлендіретін терапияны мақсат ету және ерте араласудан пайда алатын пациенттерді анықтау үмітімен ӨСОА-дағы ерте физиологиялық және патобиологиялық өзгерістерге назар аударды. Соңғы 20-жылда өкпенің созылмалы обструктивті ауруын (ӨСОА) емдеудің қол жетімді әдістері жаңа ауызша және ингаляциялық препараттардың, сондай-ақ жаңа хирургиялық және бронхоскопиялық процедуралардың пайда болуымен айтарлықтай кеңейді. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – дүние жүзінде өлімнің үшінші себебі

болып табылады, ал 2019 жылы 3,23 миллион адам қайтыс болды [2].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) егде жастағы адамдарда жиі кездеседі және өмір сапасына, аурушандық пен өлімге қатты әсер етеді. Диагноз әдетте тыныс алу жолдарының бітелуінің болуын растайтын симптомдар мен спирометрия нәтижелеріне негізделген. Дегенмен, бұл жағдайда жиі диагноз қойылмайды. ӨСОА ерте картаюмен және оның диагностикасы мен емделуінің болмауын ішінара түсіндіретін басқа да аурулармен байланысты. ӨСОА белгілерін жеңілдетуде тиімділігі дәлелденген бірнеше фармакологиялық және фармакологиялық емес араласулар бар. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) науқастарын емдеуде дәрі-дәрмектерді дұрыс жеткізу және жанама әсерлерді азайту да өте маңызды [3].

Аурудың жаһандық ауыртпалығы негізінде зерттеу жүргізілді (BOLD жобасы), зерттеу бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруы 40 жастан асқан адамдарда көп таралады [4, 5]. Оның ішінде, Қазақстандық зерттеушілердің деректері бойынша, өлім - жітім - 60%-ды құрайды, ал 40% - ы халықтың мүгедектігі болып табылады [6, 7].

Материктік Қытайдан 40 жастан асқан тұлғалардың ұлттық репрезентативті үлгісі болды. Бастапқы нәтиже, өкпе функциясының созылмалы обструктивті ауруы (GOLD бастама) бойынша 2017 жылғы жаһандық бастамасына сәйкес анықталған ӨСОА болды.

40 және одан жоғары жастағы ересектердің ұлттық репрезентативті ірі үлгісінде 2014–2015 жж. Қытайдағы Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) жалпы таралу деңгейі 13,6%-ды құрады, бұл аурудың денсаулық сақтаудағы ең басты проблемасына айналғанын көрсетеді. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) таралуы географиялық аймақтарға байланысты өзгерді, ең жоғары таралуы Қытайдың

оңтүстік-батысында (20,2%, 95% Сенім аралығы 14,7–25,8) және ең төмені орталық Қытайда (10,2%, 8,2–12). 2). Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) бар ересектер арасында 56,4% (95% Сенім аралығы 53,7–59,2) жеңіл ағымы бойынша (GOLD I сатысы), 36,3% (34,3–38,3) орташа ағымы бойынша (GOLD II сатысы), 6,5% (5,5–7,4) ауыр ауру ағымы бойынша (GOLD III сатысы) және 0,9% (0,6–1,1) өте ауыр ауру ағымы бойынша (GOLD IV кезең) болды. 2014 жылдың 29 желтоқсаны мен 2015 жылдың 31 желтоқсаны аралығында зерттеуге 66 752 ересек адам қатысты. ӨСОА-ның болжанған стандартталған таралуы 13,6% (95% Сенім аралығы 12,0–15,2) құрады. ӨСОА таралуы ерлер мен әйелдер арасында айтарлықтай өзгерді (19,0%, 95% Сенім аралығы 16,9–21,2 қарсы 8,1%, 6,8–9,3; $p < 0,0001$), негізінен ерлер мен әйелдер арасындағы темекі шегу мәртебесінің (қазіргі темекі шегушілер 58,2%, 4,0% қарсы) айтарлықтай айырмашылығына байланысты болды. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) алдын алуға және емдеуге бағытталған стратегиялар шұғыл қажет [8].

Жаһандық өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) жағдайларының төрттен үштен астамы Табысы төмен және орташа елдерде орын алатындықтан, бұл созылмалы аурумен күресу осы жағдайларда денсаулық сақтау жүйелері үшін маңызды және барған сайын күрделі мәселе болып табылады. Бүкіл халық үшін мақсатты күш-жігер және денсаулық сақтау жүйесін реформалау болмаған жағдайда, олардың көпшілігі жеткіліксіз ресурстармен қамтылған болса, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы жаһандық ауыртпалығын айтарлықтай төмендетуге қол жеткізу қиын міндет болып қалуы мүмкін [9].

40 жастан асқан ересектердегі өкпенің созылмалы обструктивті ауруы халықтың 10%-дан астамына үлкен жеке мәселеге байланысты, отбасылық және әлеуметтік ауыртпалық бойынша әсер етеді. Темекі шегу оның негізгі себеп болып табылады, бірақ жалғыз емес, кейбір науқастарда қауіпті арттыратын генетикалық бейімділік болуы мүмкін. Бұл аурудың парадигмасы Испанияда соңғы жылдары орын алған әйелдер санының артуына байланысты өзгеруде. Бұл жағдайдың көптеген физиопатологиялық механизмдері жақсы белгілі, бірақ оның тудыратын психологиялық өзгерістері, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) туыстары мен қамқоршыларына әсері, осы науқастарда байқалатын күнделікті өмірінің шектелуі және денсаулық сақтау жүйесіне әкелетін экономикалық және әлеуметтік ауыртпалықтары онша танымал емес. Маңызды мәселеге диагностиканың жоғары деңгейі жатады – бұл негізінен стационарлар мен медициналық орталықтарда жүйелі түрде спирометрия алудың қиындығына байланысты. Осы себепке байланысты Fundación de Ciencias de la Salud және Испанияның респираторлық ауруларды зерттеудің Ұлттық желілік орталығы (CIBERES) Испаниядағы ӨСОА туралы пікірлерін алу үшін Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) бойынша сарапшыларды,

пациенттерді және олардың ұйымдарын, клиникалық психологтарды, Денсаулық сақтау экономикасы бойынша сарапшыларды, медбикелер мен журналистерді жинады. Олар сондай-ақ Испанияның респираторлық ауруларды зерттеудің Ұлттық желілік орталығы (CIBERES) көмегімен ӨСОА-ның ғылыми библиометриясын талқылады және аурудың болашағы туралы ойлады [10].

Австралиядағы аурулардың таралуы туралы соңғы бағалауларға қол жеткізу Денсаулық сақтау қызметтері мен тұтынушылар ұйымдарына ресурстарды жоспарлауға және бөлуге көмектеседі. «Өкпенің обструктивті ауруларының ауыртпалығы» зерттеуі 2006 – 2012 жылдар аралығында жүргізілді және 2006 жылғы Австралиядағы халық санағы бойынша өлшенген созылмалы обструктивті өкпе ауруының (ӨСОА) (бронхтан кейінгі ауа ағынының шектелуі) таралуын бағалауды қамтамасыз етті. 2016 жылғы Австралиядағы халық санағының деректерін пайдалана отырып, ӨСОА-ның барлық түрлерінің жаңартылған таралуы бойынша бағалануы 8,30% (95% сенімділік аралығы = 6,59 – 10,01%) құрады, Австралияда 40 жастан және одан жоғары жастан асқан ересектер үшін жеңіл еңтігумен 2,52%, орташа еңтігумен 0,99% және ауыр еңтігумен 0,91% құрайды [11].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) егде жастағы ер адамдардың ауруы болып саналады. Алайда, тек АҚШ-та 7 миллионнан астам әйел өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) өмір сүреді деп есептеледі. Әйелдерде өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) ауыртпалығының артуын болжайтын әдебиеттер санының көбеюіне қарамастан, дәлелдер шектеулі.

Жүйелік шолуда және мета-талдауда Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) гендерлік таралуы туралы есеп береді. Жыныс бойынша бөлінген таралу бағалаулары тиісті зерттеулерден алынды. Сондай-ақ науқасқа қатысты сипаттамалары, сонымен бірге диагностикалық әдіске және басқа да маңызды эпидемиологиялық ковариаттарға қатысты пайдаланушы айнымалылары жиналды. Жасына, географиясына, күнтізбелік уақытына, зерттеу ортасына, диагностика әдісіне және аурудың ауырлығына байланысты стратификацияланған ӨСОА-ның гендерлік таралуын зерттеу үшін кездейсоқ әсерлері бар Байес мета талдауы жүргізілді. 194 қолайлы зерттеулердің арасында біріктірілген таралу ерлерде 9,23% (95% сенімділік аралығы [БДИ]: 8,16% – 10,36%) және әйелдер арасында 6,16% (95% БДИ: 5,41% – 6,95%) болды. Гендерлік таралу Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының аурулардың жаһандық ауыртпалығының ішкі аймақтарында кеңінен өзгерді, ең жоғары таралу әйелдер арасында Солтүстік Америкада (8,07%-ға қарсы 7,30%) және қалалық жағдайларда қатысушылар арасында (13,03%-ға қарсы 8,34%) анықталды. Мета – регрессия ≥ 40 жас және бронходилататорлық тестілеу зерттеулері бойынша таралу бағалауларындағы гетерогенділікке ең көп ықпал еткенін көрсетті.

Тарихтағы ең үлкен – ӨСОА-ның жаһандық тара-

луына жүйелі шолу және мета-талдау, сондай-ақ гендерге бағытталған алғашқы ірі шолу болып табылады. Бұл нәтижелер әйелдер денсаулығының маңызды мәселесі ретінде өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) туралы хабардарлықты арттырады [12].

Әйелдер арасында созылмалы обструктивті өкпе ауруының (ӨСОА) таралуы 2008 жылдан бастап артып келеді, бұл ішінара бүкіл әлем бойынша әйелдер арасында темекі тұтынудың артуына және биомассалық отындардың әсер етуіне байланысты. Бұл тұжырым бірқатар сипаттамалармен расталады. Эпидемиологиялық және фенотиптік көріністермен қатар темекі шегуге және басқа да ауаны ластаушы заттарға бейімділіктің дәлелдері бар.

Осылайша, ӨСОА Америка Құрама Штаттарындағы (АҚШ) әйелдер өлімінің басты себебі болды. Клиникалық көріністер мазасыздық пен депрессияға, дұрыс тамақтанбауға (гипотрофия), өкпенің ұсақ жасушалы емес қатерлі ісігіне (әсіресе аденокарциномаға) және остеопорозға айқын бейімділігі бар прогрессивті ентігумен сипатталады. Өмір сүру сапасы да айтарлықтай әсер етеді. Бұл айырмашылықтарды түсіндіру үшін ұсынылған теориялар эстрогендердің рөліне, өкпедегі газ алмасуының бұзылуына және темекі шегу әдеттеріне қатысты. Бұл айырмашылықтар тиісті терапевтік шараларды (темекі шегуді тоқтату, өкпені қалпына келтіру, ұзақ мерзімді оттегі терапиясы) талап етсе де, ӨСОА бар әйелдерді емдеудегі кедергілер еркектерге қарағанда диагноздың жеткіліксіз болуын, спирометриялық сынақтардың аз болуын және медициналық кеңестерді қамтиды.

Қоғамдық денсаулық сақтаудың осы маңызды мәселесіне тап бола отырып, біз өз білімімізді эпидемиологиялық өзгерістерге жаңартып, бейімдеуіміз керек [13].

Қазақстанда тыныс алу органдарының аурулары (ТАО) аурушандықтың жалпы құрылымында 30% - дан астамын құрайды. Олар қан айналымы жүйесі ауруларының көрсеткіштерінен 2-3 есе жоғары.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – денсаулық сақтаудың маңызды мәселесі болып табылады және аурудың алдын алуы мен емдеуіне жауап береді. Сондықтан да, негізгі қауіп факторларымен күресу үшін шұғыл шаралар қолданылса, ӨСОА-ның алдын алуға болады: темекі шегу және ауаның ластануы, т.б. Аурулардың алдын алу Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің (МСАК) басым міндеті болып табылады, инфекциялық және созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алуын қамтиды, сонымен қатар жеке, топтық және популяциялық ауруларда жүзеге асырылады [14].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) мемлекеттік деңгейде де, жеке пәндік деңгейде де әлеуметтік маңызды мәселе болып табылады және ӨСОА халықтың денсаулығына елеулі қауіп төндіреді.

Осылайша, эпидемиология мәселелері, аурудың экономикалық мәні, алдын алу, біріншілік және екіншілік, денсаулық сақтауды ұйымдастырушылардың, пульмонологтардың, экономисттердің және басқа да

мамандардың зерттеу пәні болуы керек.

Ресми статистиканың деректері бойынша, Қазақстанда ӨСОА ауруымен сырқаттанушылық 100 мың ересек адамға шаққанда 360-500 шегінде сақталады, дегенмен ДДҰ сарапшыларының болжамды бағалауы бойынша бұл көрсеткіш шын мәнінде 7 – 9 есе жоғары болуы мүмкін. 2013 жылы Қазақстанда өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) сырқаттанушылық 100 мың тұрғынға шаққанда 64,4, 2014 жылы – 73,5, өткен жылмен салыстырғанда 9,1-ге артық. Өңірлер бойынша халықтың өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) аурушандығының ең жоғары көрсеткіші Оңтүстік Қазақстан облысында – 100 мың тұрғынға шаққанда 145,5, Ақтөбе облысында ӨСОА сырқаттанушылығының ең төмен көрсеткіші – 100 мың тұрғынға шаққанда 19,4 көрсеткіші анықталды. 2013-2015 жылдары аралығында Украина, Қазақстан және Әзірбайжан ғалымдары CORE (Chronic Obstructive REspiratory diseases in CIS countries) зерттеуін жүргізді, оның мақсаты ТМД елдерінде ӨСОА-ның әр елге тән нүктелік таралуын бағалау болды. CORE зерттеуіне барлығы 2842 ересек қатысушы (Украинада – 964, Қазақстанда – 945 және Әзірбайжанда – 933) қатысты. Зерттелушілердің көпшілігі үш елде де – әйел адамдар. Қатысушылардың орташа жасы ұсынылған барлық елдерде 40 жастан сәл жоғары болды. Спирометрия көмегімен зерттеу барысында бағаланған бұл аурудың таралуы барлық қатысушы елдердің өкілдері арасында бұрын анықталған бағалаулармен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болды: Украинада – 1000 — ға шаққанда 31,9, Қазақстанда – 1000 — ға шаққанда 66,7 және Әзірбайжанда – 1000 — ға шаққанда 37,5 болды. Зерттеушілер 40 жастан асқан популяцияны бөлек зерттеп, ұқсас заңдылықты тапты. Спирометрия көмегімен бағаланған өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының таралуы Украинада 1000 адамға шаққанда 47,3, Қазақстанда 1000 адамға шаққанда 114,1 және Әзірбайжанда 1000 адамға шаққанда 60,1 болды. Зерттеу деректеріне сәйкес, бұрын диагноз қойылған созылмалы обструктивті өкпе ауруының таралуы Қазақстан мен Әзірбайжандағы жас топтармен салыстырғанда ≥ 65 жас тобында байқалды: тиісінше 1000-ға шаққанда 73,5 және 38,5 болды. Алайда, Украинада ең көп таралуы 40–64 жас тобында байқалды: 1000 адамға шаққанда 14,8 [15].

Зерттеу мақсаты: Ақтөбе қаласының тұрғындарының тұратын аймағына байланысты өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін сауалнама көмегімен зерттеу.

Әдістері

Зерттеу ғылыми мақалалар шолулар мен ақпарат жинаудан басталды. Осы тақырып аясында ғылыми мәліметтер базасынан соңғы 5-10 жыл ішіндегі көптеген шетелдік және орыс тілді басылымдарға толық емес жүйелік шолу жасалынды. Талдау бойынша әдеби шолулар, ақпараттық хаттар, сондай-ақ қысқаша мазмұндамалар алынып тасталды.

Екінші кезеңде, Ақтөбе қаласында тұрғындардың

тұратын аймағына байланысты өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін сауалнама көмегімен зерттеу жүргізілді.

Статистикалық қағидаттар бойынша, іріктеме мөлшері Ақтөбе қаласында тұратын өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) ауыратын адамдардың іріктеме мөлшерін ескере отырып, 30-70 жастағы адамдарды қоса алғанда, 121 адам алынды.

Қосылу критерийлері – өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) ауыратын 70 жастан асқан егде жастағы әйелдер мен ерлер; алып тастау критерийлері – жоқ.

Қатысушылардың қажетті саны емханаларға және отбасылық дәрігерге бекітілген халық тізімінен алынды. Зерттеуге қатысушыларға алдын ала қысқа нұсқаулықпен зерттеудің мақсаты мен міндеттері, мәліметтер түсіндіріліп, таныстырылды. Қатысушылар қатысуға келісім бергеннен кейін, олармен кездесулер сақтық шараларын сақтай отырып өткізілді. Содан соң келісім формалары жиналды.

Сонымен қатар, сауалнамадағы барлық мәселелер аудиторияға түсінікті және қолайлы екендігі анықталды. Барлық сауалнама мемлекеттік және орыс тілінде қолжетімді болды. Зерттеуге қатысушыларға сауалнаманы гугл формада (онлайн форматында) өткізілді. Зерттеу жұмысының дизайны – обсервациялық (аналитикалық).

Негізгі көрсеткіш, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) эпидемиологиялық анамнезін (ӨСОА-ның өтілі, тұру аймағы, шылым шегу өтілі, білім деңгейі бойынша) сипаттау болды. Алынған мәліметтер сипаттамалық статистика көмегімен, Пирсонның Хи-квадрат критерийін қолданумен өңделді.

Нәтижелер

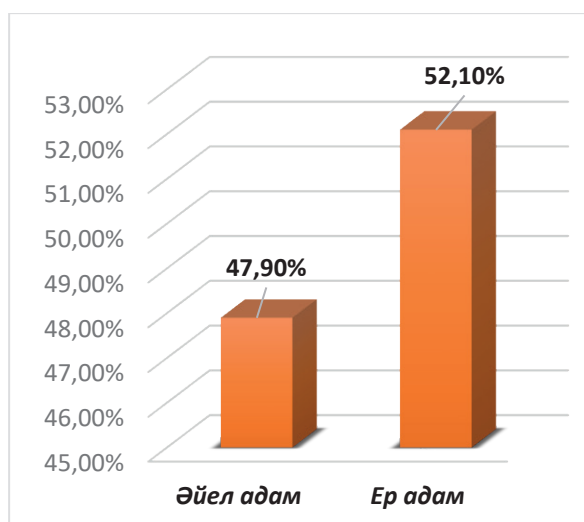
Зерттеуге қатысушы респонденттер Ақтөбе қаласында тұратын аймағына байланысты өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) көрсеткіштеріне сай, ШЖҚ «№1 қалалық емханасы» МКК, ШЖҚ «№2 қалалық емханасына» МКК тіркелген халық саны бойынша іріктелінді.

Іріктеме көлемі – 30-70 жастағы адамдарды қоса алғанда, 121 респондент, оның ішінде 47,9 %-ы әйелдер (58 пациент) және 52,1 %-ы ерлер (63 пациент) (сурет 1).

Зерттеу барысында екі жыныстың үлесінде айтарлықтай айырмашылықтар бар. Респонденттердің орташа жасы $61,66 \pm 11,07$ жасты, диапазоны 30-70 жастан жоғары жас ерекшеліктерін құрады. (1-кесте)

Зерттеуге қатысқан науқастардың білім деңгейлеріне қарай: орташа аяқталмаған – 7%, орташа – 20%, арнайы орташа – 46%, жоғарғы білімі бар – 28% құрады және өндірісте еңбек ететіндері – 20%, жұмыс істемейтіндері – 56% (зейнеткерлерді қосқанда), жұмыс істейтіндері – 24%. Салыстырмалы деректер 2-ші суретте көрсетілген. (сурет 2)

Зерттеуге қатысқан науқастардың 38% шылым шегеді, шылым шегетін науқастардың 50% шылым шегу өтілі 10-20 жыл арасында екені көрсетілді. (2-кесте)



(1-сурет) Респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі

Кесте 1. Респонденттердің орташа жасы және жынысы бойынша сипаттамасы

Көрсеткіштер	Абс.	%
Ер адамдар	63	52,1%
Әйел адамдар	58	47,9%
Орташа жасы	$61,66 \pm 11,07$	

Сауалнама нәтижесінде, соңғы 1 жылда шаң-тозаң жағдайында жұмыс жасаған науқастардың 54,9% құрады.

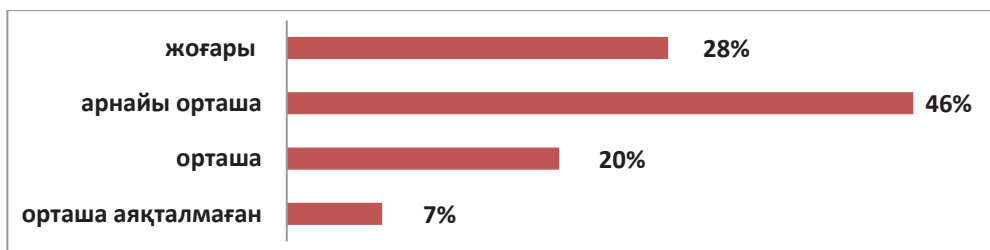
Сауалнама нәтижесінде, науқастардың 56,2% әке-шешесінде өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) бар екені анықталды.

Зерттеуді талқылау

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) әлемде және Қазақстанда өзекті мәселе болып қала береді. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының таралуы мен өлімі әртүрлі әлеуметтік, экономикалық, экологиялық және басқа да айырмашылықтарға байланысты дамыған және дамушы елдер арасында айтарлықтай өзгереді. Науқастардың бірыңғай тізілімінің болмауына байланысты, Қазақстан Республикасындағы өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) бойынша статистикалық деректер нақты емес күйінде қалып отыр [16].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) таралуы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) аймақтарына, жынысына және ауырлығына байланысты метапропты қолдану арқылы есептелді. Гетерогенділік көздерін анықтау үшін Мета-регрессия және кіші топтық талдау қолданылды.

Ерлер арасында өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) жаһандық таралуы әйелдерге қарағанда шамамен 5% жоғары. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) ең көп таралған кезеңі – 1 кезең [17].



2-сурет. Ақтөбе қаласы бойынша зерттеуге алынған респонденттердің білім деңгейі

Кесте2. Ақтөбе қаласы бойынша зерттеуге алынған респонденттердің шылым тарту өтілі

Көрсеткіштер	Жиілігі, n	Пайызы, %
Қазіргі уақытта шылым тартасыз ба?		
Иә	46	38
Жоқ	75	62
Барлығы	60	100
Қанша уақыттан бері шылым тартасыз?		
2 – 4 жыл	26	
5 – 7 жыл	14	
8 жылдан жоғары	6	
	65	
	35	
	–	
Барлығы	46	38

Қорытынды:

Қорыта келе, Ақтөбе қаласының емханаларында өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) тіркелген наукастар арасында өкпенің созылмалы обструктивті ауруының эпидемиологиялық анамнезін талдау нәтижесінде, наукастардың ауруын тек шылым шегумен немесе өндірісте жұмыс жасауымен ғана байланыстырмайтыны анықталды.

Осылайша, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) әлемде және Қазақстанда өзекті мәселе болып қала беретіні анық. Жаһандық тұрғыдан алғанда, үй ішіндегі және сыртындағы биомасса буының әсері және ауаның ластануы да ересек өмірдегі

маңызды қауіп факторлары болып табылады. Дұрыс тамақтанбау, инфекциялар және/немесе ішкі және сыртқы ластаушы заттардың пассивті әсерінен туғанға дейін және одан кейін өкпенің нашар өсуі де өкпенің созылмалы обструктивті ауруына әкелуі мүмкін; және бұл қауіп факторлары кедейлікпен тығыз байланысты. Бұл факторлардың әсері урбанизацияның күшеюі, ауа сапасының нашарлауы және темекі тұтынудың артуы нәтижесінде табысы төмен және орташа елдердің көпшілігінде артып отыр. Болашақта өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) ауыртпалығын азайту үшін осы қауіп факторларын азайту өте маңызды...

Список литературы:

- López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirology*. 2016 Jan;21(1):14-23. [doi: 10.1111/resp.12660] [PMID: 26494423].
- Michael C Ferrera, Wassim W Labaki, MeiLan K Han. Review Advances in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annu Rev Med*. 2021 Jan 27;72:119-134. doi: 10.1146/annurev-med-080919-112707. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33502902/>
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). World Health Organization. 2023 March. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-(copd)).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2016. www.goldcopd.com
- Жукова ОВ, Конышкіна ТМ. Моделирование изменения показателя объема форсированного выдоха за 1-ю секунду у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. *РМЖ*. 2017;(18):1272–1274. *Zhukova OV, Konyshkina TM. Modelirovanie izmenenija pokazatelya ob#ema forsirovannogo vydoha za 1-ju sekundu u pacientov s hronicheskoy obstruktivnoy bolezni'ju legkih. RMZh*. 2017;18:p.1272–1274. (In Russ.).
- Алекенова Н, Назарбаева Р, Кошербаева Л, Anna WłozczakSzubzda, Konrad T. Juskiewicz. Бремя хронической обструктивной болезни легких по Актыбинской области. *Медицинский журнал Западного Казахстана*. 2018; 60(4):37-41. *Alekenova N, Nazarbaeva R, Kosherbaeva L. et.al. Bremja hronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkih po Aktjubinskoj oblasti. Medicinskij zhurnal Zapadnogo Kazahstana*. 2018; 60(4):37-41. (In Russ.).
- Слажнева ТИ, Попова ТВ. Использование индекса DALY в оценке медико-демографической ситуации в Республике Казахстан. *Journal of Central Asian Health Service Research*. 2007;6(4):70-72. [http://journal.kspk.kz/contents/v6n4_2007.pdf]. (69,70)
- Slazhneva TI, Popova T V. *Ispol'zovanie indeksa DALY V ocenke mediko-demograficheskoy situacii v Respublike Kazahstan. Journal of Central Asian Health Service Research* 2007;6(4):70-72. [http://journal.kspk.kz/contents/v6n4_2007.pdf]. (69,70) (In Russ.).
- Felipe Cortopassi, Puncho Gurung, Victor Pinto-Plata. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med*. 2017Nov;33(4):539-552. doi: 10.1016/j.cger.2017.06.006. Epub 2017 Aug 23.

9. Nattori K, Kida K. Management of older adults with COPD. *Nihon Rinsho*. 2016;(74):5. 858–863
10. Mehdi Varmaghani, Mina Dehghani, Elham Heidari et.al. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Meta-Analysis East Mediterr Health J*. 2019 Mar 19;25(1):47-57. doi:10.26719/emhj.18.014.
11. Davies Adeloye, Peige Song, Yajie Zhu, Harry Campbell, Aziz Sheikh, Igor Rudan. Global, regional and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *NIHR RESPIRE Global Respiratory Health Unit Meta-Analysis Lancet Respir Med*. 2022 May;10(5):447-458. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00511-7. Epub 2022 Mar 10.
12. Bouza E, Alvar A, Almagro P. et.al. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Spain and the different aspects of its social impact: a multidisciplinary opinion document. *Rev Esp Quimioter*. 2020 Feb;33(1):49-67. doi: 10.37201/req/2064.2019. Epub 2020 Jan 14.
13. Brett G Toelle, Rosario D Ampon, Michael J Abramson et.al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease with breathlessness in Australia: weighted using the 2016 Australian census. *Intern Med J*. 2021 May;51(5):784-787. doi: 10.1111/imj.15325.
14. Hong JY, Jung JY, Lee MG, Kim SK. et.al. Changes in the prevalence of COPD in Korea between 2001 and 2011 in the KNHANES data. *YS4. Respiratory Medicine* 2017 Apr;125:12-18. doi: 10.1016/j.rmed.2017.02.019. Epub 2017 Feb 27 . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28340856>.
15. Rogelio Perez-Padilla, Ana Maria B Menezes. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Latin America. *Ann Glob Health*. 2019 Jan 22;85(1):7. doi: 10.5334/aogh.2418.
16. Rogelio Perez-Padilla, Ana Maria B Menezes. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Latin America. *Ann Glob Health*. 2019 Jan 22;85(1):7. doi: 10.5334/aogh.2418.
17. Liwen Fang, Pei Gao, Heling Bao. et.al. Chronic obstructive pulmonary disease in China: a nationwide prevalence study. *Lancet Respir Med*. 2018 Jun;6(6):421-430. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30103-6. Epub 2018 Apr 9.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

А.А. МАМЫРБАЕВ, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, У.А. САТЫБАЛДИЕВА, А.М. БАСПАКОВА,
Г.А. УМАРОВА, А. АМАНЖОЛКЫЗЫ

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

Мамырбаев А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-8581-1763>
Бермагамбетова С.К. – <https://orcid.org/0000-0002-5018-0498>
Сатыбалдиева У.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3347-9401>
Баспакова А.М. – <https://orcid.org/0000-0002-0883-2245>
Умарова Г.А. – <https://orcid.org/0000-0001-7637-113X>
Аманжолкызы А. – <https://orcid.org/0000-0002-2862-5323>

Citation/
библиографиялық сілтеме/
библиографиялық ссылақ:

Мамырбаев АА, Бермагамбетова СК, Сатыбалдиева УА, Баспакова АМ, Умарова ГА, Аманжолкызы А. Psychological Reactions and Population Life Quality during the Covid-19 Pandemic. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):86-95

Мамырбаев АА, Бермагамбетова СК, Сатыбалдиева УА, Баспакова АМ, Умарова ГА, Аманжолкызы А. Covid-19 пандемиясы жағдайындағы тұрғындардың психологиялық реакциялары мен өмір сүру сапасы. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):86-95

Мамырбаев АА, Бермагамбетова СК, Сатыбалдиева УА, Баспакова АМ, Умарова ГА, Аманжолкызы А. Психологические реакции и качество жизни населения в условиях пандемии covid-19. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):86-95

Psychological Reactions and Population Life Quality during the Covid-19 Pandemic

A.A. Mamyrbayev, S.K. Bermagambetova, U.A. Satybaldiyeva, A.M. Baspakova, G.A. Umarova, A. Amanzholykyzy
Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to study psychological reactions and population life quality during the Covid-19 pandemic.

Methods. The work was carried out by means of survey (MFI-20, PHQ-9, GAD-7, PHQ-15, PSM-25, SF-36) to characterize the structure of psychological reactions and the urban population life quality. Statistical data processing was performed using the STATISTICA 10.0 software package from StatSoft, Inc. USA. Differences between samples were assessed: with normal distribution of paired variables using Student's t-test; data were presented as $M \pm SD$, where M is the arithmetic mean and SD is the standard deviation.

Results. Research results analysis showed that the characteristics of the population psychological reactions in the conditions of the Covid-19 pandemic are characterized by wide variability, while the population experiences asthenia, depression and somatic disorders. The nature and severity of somatic disorders largely depend on gender, age, the presence or absence of coronavirus infection.

The level of education, social conditions, marital status are also important factors regulating the psycho-emotional state. At the same time, people with higher education and an incomplete family are distinguished by pronounced shifts in indicators of asthenia, anxiety, and depression.

Individuals who suffered and didn't suffer from coronavirus infection have a different nature and depth of psychological reactions. Age and gender differences are decisive for assessing life quality and changes dynamics in psychological reactions in an emergency situation associated with the spread of coronavirus infection.

Conclusion. Population life quality, mental and physical components are largely dependent on the presence of coronavirus infection and are determined by gender, age and socio-economic conditions of life. Timely implementation of psychoprophylactic and psychoeducational measures plays an important role in the adaptive capacity of the population.

Keywords: Covid-19, coronavirus infection, psychological reactions pattern, asthenia, anxiety, depression, somatic disorders, life quality

Covid-19 пандемиясы жағдайындағы тұрғындардың психологиялық реакциялары мен өмір сүру сапасы

А.А. Мамырбаев, С.К. Бермагамбетова, У.А. Сатыбалдиева, А.М. Баспакова, Г.А. Умарова, А. Аманжолкызы
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Актөбе, Қазақстан



А.А. Мамырбаев
e-mail: asemaika@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
24.04.2023

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
12.06.2023

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

Максаты: Covid-19 пандемиясы кезіндегі тұрғындардың психологиялық реакциялары мен өмір сүру сапасын зерттеу.

Әдістері. Зерттеу - таңдамалы, бір сәттік көлденең. Жұмыс психологиялық реакциялардың құрылымын және қала тұрғындарының өмір сүру сапасын сипаттау үшін сауалнамаларды (MFI-20, PHQ-9, PHQ-15, SF-36) пайдалана отырып жүргізілді. Деректерді статистикалық өңдеу StatSoft, Inc компаниясының «STATISTICA 10.0» бағдарламасының пакетін пайдалана отырып жүргізілді. АҚШ. Үлгілер арасындағы айырмашылықтар: студенттің t-критерийін қолдана отырып, жұптық айнымалылардың қалыпты таралуы кезінде; деректер $M \pm SD$ түрінде ұсынылды, мұндағы M – орташа арифметикалық, SD – стандартты ауытқу бағалау.

Нәтижелері. Зерттеу нәтижелерін талдау Covid-19 пандемиясындағы халықтың психологиялық реакцияларының ерекшеліктері халықтың астения, депрессия ғана емес, сонымен қатар соматикалық бұзылуларды бастан кешіретінін көрсететін кең өзгергіштігімен ерекшеленетінін көрсетті. Сонымен қатар, соматикалық бұзылулардың сипаты мен ауырлығы көбінесе жынысына, жасына, коронавирустық инфекцияның болуына немесе болмауына байланысты. Білім деңгейі, әлеуметтік өмір сүру жағдайлары, толық немесе толық емес отбасының болуы да психо-эмоционалды жағдайды реттейтін маңызды факторлар болып табылады. Сонымен қатар, жоғары білімі бар және толық емес отбасы бар адамдар астения, мазасыздық және депрессия көрсеткіштерінде айқын өзгерістермен ерекшеленетіні көрсетілген.

Коронавирустық инфекциямен ауырған және ауырмаған адамдарда психологиялық реакциялардың сипаты мен тереңдігі айтарлықтай ерекшеленеді. Сонымен қатар, жас пен гендерлік айырмашылықтар коронавирустық инфекцияның таралуына байланысты төтенше жағдайдағы психологиялық реакциялардың өмір сүру сапасы мен өзгеру динамикасын бағалауда шешуші болып табылады.

Қорытынды. Қорытындылар: халықтың өмір сүру сапасы, оның психикалық және физикалық компоненттері көбінесе коронавирустық инфекцияның болуына байланысты және гендерлік және басқа да әлеуметтік-экономикалық жағдайлармен анықталады. Психопрофилактикалық және психо-білім беру іс-шараларын уақтылы жүргізу халықтың бейімделу және бейімделу мүмкіндіктерінде маңызды рөл атқарады.

Негізгі сөздер: Covid-19, коронавирустық инфекция, психологиялық реакциялардың құрылымы, астения, депрессия, соматикалық бұзылулар, өмір сапасы

Психологические реакции и качество жизни населения в условиях пандемии covid-19

А.А. Мамырбаев, С.К. Бермагамбетова, У.А. Сатыбалдиева, А.М. Баспакова, Г.А. Умарова, А. Аманжолқызы
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Цель. Изучение психологических реакций и качества жизни населения в условиях пандемии Covid-19.

Методы. Исследование выборочное, одномоментное поперечное. Работа проведена с использованием опросников (MFI-20, PHQ-9, PHQ-15, SF-36) для характеристики структуры психологических реакций и качества жизни городского населения. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программы «STATISTICA 10.0» фирмы StatSoft, Inc. США. Оценку различий между выборками проводили: при нормальном распределении парных переменных с использованием t-критерия Стьюдента; данные были представлены в виде $M \pm SD$, где M – средняя арифметическая, SD – стандартное отклонение.

Результаты. Анализ результатов исследований показал, что особенности психологических реакций населения в условиях пандемии Covid-19 отличаются широкой вариабельностью, указывающей на то, что население испытывает не только астению, депрессию, но и соматические нарушения. Причем характер и степень выраженности соматических нарушений во многом зависят от пола, возраста, наличия или отсутствия коронавирусной инфекции.

Уровень образования, социальные условия проживания, наличие полной или неполной семьи также являются важными факторами, регулирующими психо-эмоциональное состояние. При этом было показано, что люди с высшим

образованием и неполной семьей отличаются более выраженными сдвигами в показателях астении, депрессии.

У лиц, переболевших и не переболевших коронавирусной инфекцией, характер и глубина психологических реакций значительно отличаются. При этом возраст и гендерные различия являются определяющими для оценки качества жизни и динамики сдвигов психологических реакций в условиях чрезвычайной ситуации, связанной с распространением коронавирусной инфекции.

Выводы. Качество жизни населения, его ментальный и физический компоненты во многом зависят от наличия коронавирусной инфекции и определяются гендерными, возрастными и другими социально-экономическими условиями жизни. Своевременное проведение психопрофилактических и психообразовательных мероприятий играет важную роль в адаптационно-приспособительных возможностях населения.

Ключевые слова: Covid-19, коронавирусная инфекция, структура психологических реакций, астения, депрессия, соматические нарушения, качество жизни

Введение

Прокатившаяся по всему миру волна пандемии Covid-19 не только создала серьезную угрозу для физического здоровья населения, но и вызвала широкий спектр психологических нарушений [1-5]. Карантин, социальное дистанцирование и социальная изоляция, эффект воздействия средств массовой информации и социальных сетей, стигматизация, рост девиантных форм поведения, чрезмерная психическая нагрузка на медицинских работников непосредственно сказались на целом комплексе социально-психологических эффектов пандемии. При этом обращает внимание тот факт, что когнитивные и эмоциональные представления о симптомах и болезни воспринимаются по-разному. Поэтому в современной литературе по данному вопросу много противоречивости эмпирических сведений о восприятии населением пандемии Covid-19.

По данным литературы, к наиболее частым нарушениям со стороны психологических реакций в условиях развившегося постковидного синдрома относятся астения (17-71%), когнитивные нарушения (11-54%), тревога (10-47%), депрессия (6-42%), бессонница (25-41%), стрессовые расстройства (5-30%), которые, сочетаясь друг с другом, образуют особый астено-невротический синдром [6-8]. При Covid-19 данный синдром встречается в 2 раза чаще, чем при других острых респираторных вирусных инфекциях, и выявляется почти у трети всех заболевших и у 2/3 пациентов с тяжелым течением данной инфекции [9-10]. В указанном аспекте несомненно важным является наличие длительных нарушений психологических реакций после перенесенной коронавирусной инфекции. Изучение последствий пандемии Covid-19 показало, что у реконвалесцентов в 27-42% выявляется широкий спектр психопатологических расстройств, которые наблюдались в течение года после перенесенной инфекции и могли продолжаться в течение нескольких лет [11-12]; среди наиболее частых из них – астения, депрессия, тревога, бессонница, снижение памяти и концентрации внимания [13-14]. В Казахстане исследования в указанном направлении были проведены среди учащихся Павлодарского филиала медицинского университета Семей [15], в которых было выявлено, что большинство респондентов испытыва-

ли психологический стресс в условиях чрезвычайного положения. Трудности с изоляцией и психологический стресс были значимо связаны с субклинически / клинически выраженными тревогой и депрессией.

Учитывая региональные особенности течения психологических реакций у населения, обусловленные этническими, профессиональными, гендерными и другими различиями представлялось целесообразным исследование структуры психологического состояния населения во взаимосвязи с оценкой качества жизни. Дело в том, что качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии окружающей среды. К сожалению, в современной литературе сравнительного анализа психологического состояния населения в условиях пандемии Covid-19 и его влияния на качество жизни не проводилось. Подобного рода методологический подход не только превращается в предмет научных исследований, но и является надежным, информативным, экономичным методом оценки здоровья человека на индивидуальном и групповом уровнях. ВОЗ определяет «качество жизни», как «восприятие жизни каждого человека в контексте культуры и системы ценностей с учетом их собственных ожиданий, жизненных целей, стандартов и интересов» [16].

Необходимо отметить, что своевременная характеристика структуры психологических реакций у населения и профилактика поведенческих расстройств, возникающих во время вспышки инфекционных заболеваний, является первоочередной задачей для успешного преодоления как ближайших, так и отдаленных последствий пандемии Covid-19 и охраны психического здоровья всех слоев населения. Тем более, что не может быть единого подхода к проведению мер по охране психического здоровья и психосоциальной поддержки в отношении населения стран, где зафиксирована коронавирусная инфекция. Цель работы заключалась в изучении психологических реакций и качества жизни населения в условиях пандемии Covid-19.

Материалы и методы

Работа была проведена в областном центре Атырау-

ской области, городе Атырау. Количественная выборка в городе Атырау составила 798 человек и проводилась на базе городской поликлиники № 7 (таблица 1). Исследование выборочное, одномоментное поперечное. Анкетным методом опрошено взрослое население с учетом пола (мужской, женский) и возраста, образования и социального положения; также проведен сравнительный анализ психофизиологического профиля населения, у которого диагностирован Covid-19 и не болевших Covid-19. Исследуемые группы населения дифференцированы по возрастным группам, согласно классификации ВОЗ (молодой возраст – 18-44, средний – 45-59, пожилой – 60-74). Количественная выборка была составлена с учетом погрешности (размер ошибки 5%), обеспечивающей 95% доверительной вероятности полученных результатов из общей генеральной совокупности (численность проживающего населения в областном центре).

Таблица 1. Количественная выборка обследуемых лиц города Атырау

№	Характеристика	Всего
1	Общий объем выборки	798
2	Пол	
	- женщины	493
	- мужчины	305
3	Средний возраст (±SD)	48,2 ± 12,7
4	В возрасте:	
	18-44 лет	277 (муж. - 102, жен. - 175)
	45-59 лет	336 (муж. – 117, жен. – 219)
	60-74 лет	185 (муж. – 86, жен. – 99)
5	Есть в анамнезе COVID-19	293 человек (муж. – 112, жен. – 181)
6	Нет в анамнезе COVID-19	505 человек (муж. – 193, жен. – 312)

Оценка психологического и психофизиологического профиля исследуемых групп населения областного центра проведена с использованием стандартизованных анкет и опросников MFI-20 (E. M. Smets, B. Garssen, B. Bonke, J. C. De Haes, 1995) [17], PHQ-9 (Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW., 1999) [18], PHQ-15 (Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW., 2002) [19]; качество жизни изучалось путем использования опросника SF-36 (Ware J. E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B., 2000) [20]. Для определения тяжести астении использовали субъективную шкалу оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventore). Данная методика предназначена для получения субъективной количественной оценки общей тяжести астении и различных её сторон. Шкала содержит 20

утверждений, каждое из которых отражает показатели астении: общую астению, физическую астению, пониженную активность, снижение мотивации и психическую астению. В норме общее количество баллов не должно превышать 20-30. Кроме общего результата по шкале, состояние может оцениваться по следующим субшкалам: общая астения (вопросы № 1, 5, 12, 16); пониженная активность (вопросы № 3, 6, 10, 17); снижение мотивации (вопросы № 4, 9, 15, 18); физическая астения (вопросы № 2, 8, 14, 20); психическая астения (вопросы № 7, 11, 13, 19). Если суммарный балл по одной из субшкал выше 12, то это может быть предварительным основанием для постановки диагноза "астенический синдром".

Скрининг на наличие симптомов депрессии с помощью опросника здоровья пациента (PHQ-9). PHQ-9 состоит из 9-ти вопросов, каждый вопрос оценивался от 0 до 3 баллов. Результаты по сумме баллов всех 9 вопросов: от 1-4 балла – минимальная депрессия, 5-9 баллов - легкая депрессия, 10-14 баллов - умеренная депрессия, 15-19 баллов - тяжелая депрессия и 20-27 баллов - крайне тяжелая депрессия. По опроснику PHQ-15 оценивали тяжесть соматических симптомов, которые были сформулированы следующим образом: вообще не беспокоили -0 баллов, немного беспокоили -1 балл, сильно беспокоили -2 балла.

Методика (Medical Outcomes Study-Short Form) (MOS SF-36) (John E. Ware) предназначена для исследования качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование (RE), психическое здоровье (MH), физический компонент здоровья (PH1), психический компонент здоровья (PH2). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

5 мая этого года Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) объявил о завершении действовавшего с 2020 года режима чрезвычайной ситуации по COVID-19 в мире, в то же время сама пандемия остается. Сохраняется риск появления новых штаммов коронавируса, способных вызвать новые всплески случаев заболевания и смертности. Вместе с тем, как подчеркнул глава ВОЗ, страны должны сохранять бдительность в отношении COVID-19.

В указанном аспекте настоящая работа, касающаяся оценки психологических реакций населения и качества жизни весьма своевременна и не утратила актуальности.

Статистическая обработка данных. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программы «STATISTICA 10.0» фирмы Stat Soft, Inc. США. Проверку нулевой гипотезы об отсутствии различий между наблюдаемым распределением признака и теоретическим ожидаемым нормальным распределением выполняли с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Оценку различий между выборками проводили: при нормальном распределении парных переменных с использованием t-критерия Стьюдента; данные были представлены в виде $M \pm SD$, где M – средняя арифметическая, SD – стандартное отклонение. Для выявления зависимостей между изучаемыми параметрами проводили корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r). Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости принимался $p \leq 0,05$.

Этические принципы соблюдены. Дата прохождения этической экспертизы: № 64 от 12 апреля 2021 года. Работа выполнена в рамках научно-технического проекта «COVID-19: Научно-технологическое обоснование системы реагирования на распространение новых респираторных инфекций, включая коронавирусную инфекцию». ИРН: BR11065386.

Результаты

Результаты проведенных исследований, касающиеся изучения психологического состояния взрослого населения города Атырау, свидетельствуют о том, что лица, проживающие в данном городе в условиях пандемии Covid-19 были подвержены достаточно выраженному психологическому и психофизиологическому дискомфорту.

Оценка параметров астении у населения города Атырау, перенесших Covid-19 и не переболевших ко-

ронавирусной инфекцией, не имеет существенных отличий (рисунок 1). Указанная особенность состоит в том, что каких-либо различий между переболевшими и не переболевшими лицами не определяется. Следует отметить, что в обеих группах наиболее высокие значения определялись по оценке параметра физической (ФА) и психической астении (ПсА), снижению мотивации (СМ). У лиц мужского и женского пола также наблюдаются изменения в психологическом статусе по таким параметрам как общая астения (ОА), пониженная активность (ПА), физическая и психическая астения. В то же время достаточно четко выявлено увеличение снижения мотивации у лиц женского пола по сравнению с мужчинами (у мужчин – 16,6%, у женщин – 24,2%).

Особо значимые различия установлены при изучении возрастных особенностей распространенности астении среди исследуемых групп населения. Так наиболее высокие показатели общей астении, пониженной активности, снижения мотивации, физической и психической астении установлены у лиц среднего возраста, по сравнению с населением молодой возрастной группы и пожилых (рисунок 2).

Следовательно, опрос взрослого населения показал, что население города Атырау испытывает определенные дискомфортные ощущения, зависящие от половозрастных критериев. Причем у переболевших коронавирусной инфекцией и не перенесших данную инфекцию каких-либо существенных различий не было выявлено. Данный опросник, направленный на изучение структуры астенических переживаний населения, показал свою информативность и доказательность.

Изучение показателей депрессии у взрослого населения г.Атырау показало следующее: наиболее выраженные параметры депрессии обнаружены по по-

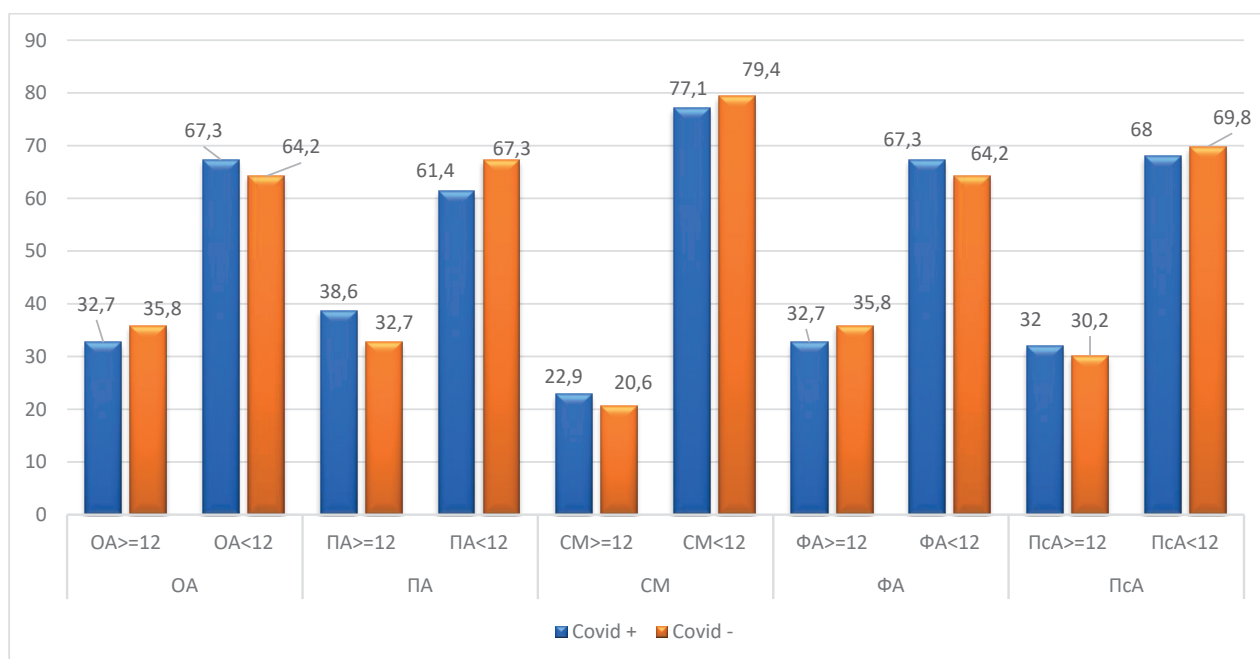


Рисунок 1. Показатели структуры астенических состояний у населения

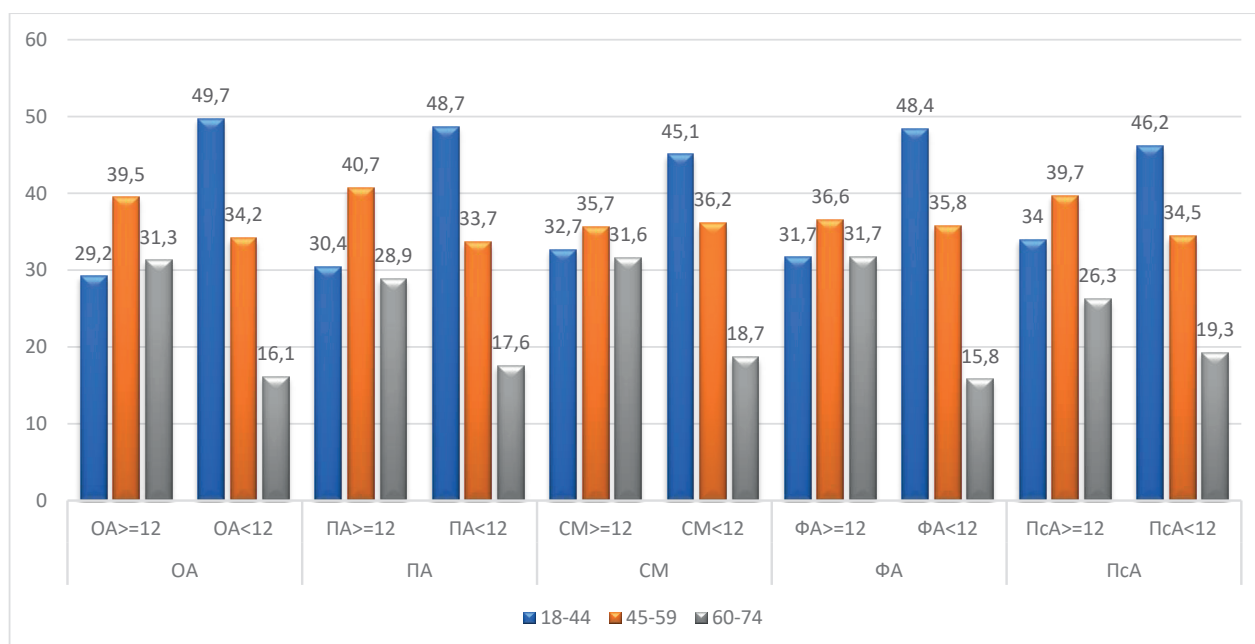


Рисунок 2. Показатели структуры астенических состояний у населения в зависимости от возраста

казателям минимальной депрессии, которая выявлена во всех исследуемых группах независимо от наличия или отсутствия коронавирусной инфекции, возраста и пола, а тяжелая и крайне тяжелые формы депрессии выявлялись в единичных случаях (таблица 2). Причем крайне тяжелая депрессия значительно чаще выявлялась у лиц, не переболевших коронавирусной инфекцией.

Результаты опроса населения по анкете PHQ-9 выявили интересные закономерности, обусловленные особенностями формирования психологического состояния населения в условиях коронавирусной инфекции и ответной реакции организма. Выявленная динамика особенностей и структуры депрессии показала, что минимальная и легкая депрессия характерна для всех групп населения независимо от пола, возраста, переболевших и не болевших Covid-19. Обращает внимание тот факт, что у лиц женского пола достоверно чаще выявлялись тяжелая и крайне тяжелая формы депрессии. Также выявлены возрастные особенности, свидетельствующие о том, что у лиц среднего и пожилого возраста достоверно чаще определялись легкая, умеренная, тяжелая и крайне тяжелая формы депрессии.

Соматическая симптоматика была особенно выражена среди обследуемых групп населения в зависимости от пола, возраста. У лиц, переболевших и не переболевших Covid-19, наиболее часто выявлялась соматическая симптоматика легкой степени. В то же время каких-либо отличий в группе переболевших и не переболевших коронавирусной инфекцией в зависимости от степени тяжести соматической симптоматики не выявлено (таблица 3). У лиц женского пола показатели соматической симптоматики средней степени и выраженной степени были кратно выше, чем у мужчин. В возрастном аспекте соматическая симптоматика была наиболее выражена у лиц пожилого

и среднего возраста. Однако легкая степень соматических изменений в наибольшем проценте случаев была выявлена у лиц пожилого возраста. В то же время у лиц молодого возраста, наоборот, показатели соматических изменений легкой степени определялись в наибольшем числе случаев.

Анализ результатов исследований показал, что особенности психологических реакций населения в условиях пандемии Covid-19 отличаются широкой вариабельностью, указывающей на то, что население испытывает не только астению, депрессию, но и соматические нарушения. Причем характер и степень выраженности соматических нарушений во многом зависят от пола, возраста, наличия или отсутствия коронавирусной инфекции.

Проведенные исследования четко доказали широкую вариабельность структуры психологических и психофизиологических нарушений у населения в условиях пандемии. Широта и пестрота выявленных когнитивных нарушений варьирует от тревожных нарушений, астении до наличия депрессивных состояний. Указанные сдвиги в психологических реакциях весьма значимы и позволяют детализировать особенности психологических нарушений у взрослого населения.

Научное обоснование наличия психоэмоционального и психофизиологического напряжения, тревоги, а в социальной структуре местных сообществ – установления «нарушений социально-психологического характера», порожденные COVID-19, представляется несомненно важным. При этом особое значение нами отведено изучению качества жизни, анализ которого показал наличие существенных ухудшений качества жизни при опросе населения города (таблица 4, 5).

Сравнительный анализ населения г.Атырау, касающийся оценки качества жизни, показал, что у переболевших коронавирусной инфекцией качество жизни

Таблица 2. Наличие симптомов депрессии в зависимости от перенесенного заболевания, пола и возраста

Параметры			PHQ-9	Минимальная депрессия	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия	Крайне тяжелая депрессия	Итого
Covid-19	Переболевшие	n		212	55	12	12	2	293
		%		72,5	18,9	3,9	3,9	0,6	100%
	Непереболевшие	n		385	80	17	16	7	505
		%		76,3	15,8	3,3	3,1	1,5	100%
P*			0,71557	Всего				798	
Пол	муж	n		237	47	10	7	4	305
		%		77,6	15,4	3,3	2,4	1,2	100%
	жен	n		365	84	17	19	8	493
		%		74,1	17,1	3,4	3,8	1,5	100%
P*			0,73079	Всего				798	
Возрастные категории	18-44	n		222	40	5	7	3	277
		%		80,2	14,4	1,8	2,4	1,2	100%
	45-59	n		246	56	17	12	5	336
		%		73,3	16,7	5,2	3,5	1,4	100%
	60-74	n		130	37	6	9	3	185
		%		70,2	19,9	3,5	4,7	1,7	100%
P*			0,17205	Всего				798	

Примечание: * - Представлена для критерия χ^2 - Пирсона

Таблица 3. Наличие соматических симптомов в зависимости от перенесенного заболевания, пола и возраста

Параметры			PHQ-15	Лёгкая степень	Средняя степень	Выраженная степень	Итого
Covid-19	Переболевшие	n		228	48	17	293
		%		77,8	16,3	5,9	100%
	Непереболевшие	n		391	88	26	505
		%		77,4	17,5	5,1	100%
P*			0,88687	Всего		798	
Пол	муж	n		263	30	12	305
		%		86,4	9,7	3,9	41,5
	жен	n		351	112	30	493
		%		71,1	22,7	6,2	58,5
P*			<0,0001	Всего		798	
Возрастные категории	18-44	n		243	25	9	277
		%		87,6	9,1	3,3	42,5
	45-59	n		269	46	21	336
		%		80,2	13,5	6,3	36,1
	60-74	n		97	74	14	185
		%		52,6	39,8	7,6	21,4
P*			<0,0001	Всего		798	

Примечание: * - Представлена для критерия χ^2 - Пирсона

ниже по всем показателям физического и ментального компонентов. Особо существенные различия выявлены по шкалам VT (жизненная активность) – 65,4, у респондентов, у которых в анамнезе нет COVID-19

– 66,8, (p=0,448924); MH (психическое здоровье) – 65,6, соответственно 69,1, (p=0,034000); RE (ролевая эмоциональность) – 84,7 против 85,6 (p=1,000000) ментального компонента PH2 (p=0,015560), что ста-

Таблица 4. Качество жизни населения, перенесших COVID-19 и не болевших

Показатели SF – 36	Нет в анамнезе COVID-19			Есть в анамнезе COVID-19			P-уровень
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
PF	505	75,3	24,4	293	83,09	23,4	0,04689
RP	505	70,1	35,9	293	80,6	35,4	0,00001
BP	505	74,3	27,3	293	71,5	25,4	0,336364
GH	505	65,6	16,1	293	65,6	14,5	0,620562
VT	505	66,8	17,9	293	65,4	15,9	0,448924
SF	505	78,0	24,0	293	76,6	23,9	0,466046
RE	505	85,6	32,2	293	84,7	34,1	1,000000
MH	505	69,1	18,9	293	65,6	17,2	0,034000
PH1	505	49,2	9,6	293	49,4	8,5	0,650043
PH2	505	49,7	9,0	293	48,1	8,5	0,015560

Mean - арифметическая средняя;
Standard Deviation - стандартное отклонение.

Таблица 5. Качество жизни у населения в возрастном аспекте

Показатели SF – 36	18-44				45-59				60-74			
	n	Mean	SD	p	n	Mean	SD	p	n	Mean	SD	p
PF	277	89,8	19,7	0,000001	336	82,1	23,3	0,000000	185	71,5	28,6	0,000029
RP	277	87,1	30,7	0,037027	336	80,2	36,5	0,000011	185	67,8	41,7	0,007727
BP	277	80,2	26,5	0,000002	336	69,8	26,3	0,000002	185	67,8	26,3	0,403218
GH	277	68,8	16,7	0,001841	336	64,1	14,9	0,000035	185	61,9	14,4	0,167947
VT	277	69,0	18,3	0,035491	336	66,4	17,3	0,000003	185	61,9	15,4	0,006127
SF	277	77,4	23,5	0,000008	336	81,6	22,5	0,037128	185	70,6	25,9	0,005993
RE	277	90,6	26,2	0,249955	336	85,9	31,9	0,000495	185	74,2	41,2	0,014439
MH	277	67,4	18,3	0,000549	336	70,9	18,6	0,022666	185	65,5	18,67	0,123906
PH1	277	51,8	8,6	0,000000	336	48,4	8,9	0,000000	185	45,5	10,31	0,004127
PH2	277	50,9	9,0	0,001072	336	48,8	8,2	0,000041	185	47,5	9,30	0,157538

Mean - арифметическая средняя;
Standard Deviation - стандартное отклонение.

статистически значимо (таблица 4). Среди них шкала «психическое здоровье» обращает на себя особенное внимание. Значения показателей по шкалам физического компонента респондентов, у которых в анамнезе есть COVID-19, существенно различаются от показателей респондентов, у которых нет COVID-19 по двум шкалам - PF (физическое функционирование) – 75,3 против 83,09 ($p=0,04689$); RP (ролевое функционирование) – 70,1 против 80,6 ($p=0,00001$), что статистически значимо. Сравнительный анализ данных показывает, что качество жизни респондентов, перенесших коронавирусную инфекцию, значительно ниже, чем у респондентов, у которых в анамнезе нет этого заболевания.

Сравнительный анализ качества жизни населения г. Атырау в аспекте физического и ментального здоровья показал наличие существенных различий в возрастном аспекте (таблица 5). У респондентов возрастной группы 18-44 лет показатели качества жизни были следующими: по таким ключевым параметрам как PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование), BP (интенсивность боли), GH (общее состояние здоровья), VT (жизненная актив-

ность) качество жизни у лиц молодого возраста было выше, чем у лиц среднего и пожилого возраста. В то же время у лиц среднего возраста (45-59 лет) параметры социального функционирования (SF), психического здоровья (MH) были выше, чем у лиц молодого и пожилого возрастов. Что касается лиц пожилого возраста (60-74 года), то в данной группе параметры ментального и физического здоровья практически по всем шкалам были достоверно ниже, чем в молодой и средней возрастной группе.

Обсуждение результатов

Пандемия Covid-19, как показали результаты проведенных исследований, вызвала широкий спектр психологических реакций, создав серьезные угрозы для физического здоровья взрослого населения. Обращает внимание вариативность структуры психологических нарушений среди населения, зависящая от возраста, гендерных различий, наличия или отсутствия перенесенной коронавирусной инфекции. Следует отметить, что имеющиеся литературные данные во многом коррелируют с динамикой изменения психологических реакций исследуемой группы насе-

ния, приводящих к ухудшению психоэмоционального состояния и росту социальной фрустрированности [21-22]. При этом динамика психоэмоциональных реакций варьировала от пограничных тревожных нарушений до тяжелых психических состояний у здорового населения, а у психически больных ухудшением и обострением имеющихся хронических психических заболеваний [23-24].

К сказанному следует добавить, что слабость управленческих и организационных мероприятий национальной политики по борьбе с пандемией создали дополнительные объективные предпосылки для возникновения ряда проблем в формировании эффективной борьбы с коронавирусной инфекцией. Поэтому комплексность и междисциплинарность системного подхода к изучению пандемии и ее последствий в медицине, социологии и психологии, будут способствовать более качественному восприятию особенностей возникновения и распространения коронавирусной инфекции, характеру течения психологических и психофизиологических реакций в условиях пандемии Covid-19. Используемые методологические подходы в работе основаны на применении соответствующих опросников, достаточно чувствительных, валидных и нетрудоемких скрининговых инструментов, которые являются высокоинформативными, способными дать полную картину структуры психологических реакций населения и качества жизни в условиях чрезвычайной ситуации. Представлялось бы целесообразным дополнить характеристику психологических реакций населения оценкой состояния тревожности и стресса, что раскрыло бы в полной мере структуру психологических и психофизиологических сдвигов.

Результаты наших собственных исследований показали, что уровень образования, социальные условия проживания, наличие полной или неполной семьи также являются важными факторами, регулирующими психоэмоциональное состояние. При этом было показано, что люди с высшим образованием и неполной семьей отличаются более выраженными сдвигами в показателях астении, тревожности и депрессии. В то же время некоторые исследователи не находят связи между уровнем стресса, тревоги и особенностями восприятия пандемии Covid-19, с одной стороны, и уровнем образования и регионом проживания респондентов, с другой [25]. Эти исследователи выявили, что наиболее значимым фактором оказался уровень дохода на одного члена семьи в месяц, низкий уровень которого связан с большим уровнем стресса и тревоги. В исследованиях были получены данные о том, что эмоциональное состояние населения менялось по ходу распространения пандемии и зависело от принятых на государственном уровне соответствующих мер

поддержки.

Результаты собственных исследований свидетельствуют о значительном негативном воздействии пандемии Covid-19 на психологическое и психофизиологическое здоровье городского населения в целом, что может рассматриваться не только как адаптационный механизм психоэмоционального реагирования на коронавирусную инфекцию, но и явиться триггером для манифестации новых случаев психоэмоциональных, психофизиологических и психических расстройств. Показано, что наиболее уязвимый слой населения в возрастном и гендерном отношении – это лица молодого и пожилого возраста, преимущественно женского пола. Уровень образования и семейное положение также играют значительную роль в индивидуальном восприятии пандемии Covid-19. Неблагоприятная структура психологических реакций у населения в период пандемии оказывает непосредственное влияние на качество жизни населения. Полученные результаты свидетельствуют в пользу необходимости проведения психопрофилактических мероприятий и психообразовательных методик для всех групп населения.

При этом широкие слои населения нуждаются в коррекции дистрессовых состояний на фоне пандемии Covid-19, поэтому их реализация должна быть адресной, ориентированной на охват прежде всего уязвимых групп населения. Оказание услуг по охране психического здоровья и психосоциальной поддержки должны быть ключевым компонентом в системе общественного здравоохранения как мера реагирования на распространение коронавирусной инфекции. Понимание важности использования мер по охране психологического и психофизиологического здоровья, психосоциальной поддержки играет ключевое значение для прекращения распространения инфекции, предотвращения риска долгосрочных последствий для населения, связанных с его благополучием и качеством жизни.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительном негативном воздействии пандемии Covid-19 на структуру психологических реакций населения, зависимых, в свою очередь, от наличия или отсутствия перенесенной коронавирусной инфекции, возраста и пола. Качество жизни населения, его ментальный и физический компоненты во многом зависят от наличия коронавирусной инфекции и определяются гендерными и другими социально-экономическими условиями жизни. В указанных условиях своевременное проведение психопрофилактических и психообразовательных мероприятий играет важную роль в адаптационно-приспособительных возможностях населения.

Список литературы:

1. Paweł Wańkowicz, Aleksandra Szylińska, Iwona Rotter. Assessment of Mental Health Factors among Health Professionals Depending on Their Contact with COVID-19 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:5849. doi:10.3390/ijerph17165849.
2. Li Q, Guan X, Wu P. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N. Engl. J. Med*. 2020;382:1199–1207.
3. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS. et al. The species Severe acute

- respiratory syndrome-related coronavirus: Classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat. Microbiol.* 2020;5:536–544.
4. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19); US Department of Health and Human Services, CDC: Atlanta, GA, USA, 2020. Available online: <https://www.cdc.gov/coronavirus.2019-ncov/index.html>. 2020 July12.
 5. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of physiological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry.* 2020;33:19–21. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020100213>.
 6. Baig AM. Chronic COVID syndrome : Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers. *J Med Virol.* 2021;93(5):2555–2556. DOI: 10.1002/jmv.26624
 7. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27:601–615. DOI: 10.1038/s41591-021-01283-z
 8. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T. et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. *Nat Med.* 2021;27(4):626–631. DOI: 10.1038/s41591-021-01292-y.
 9. Baig AM. Chronic Covid syndrome: Need for an appropriate medical technology for long-Covid and Covid long-haulers. *J Med Virol.* 2021;93(5):555–2556. DOI: 10.1002/jmv.26624.
 10. Pavli A, Theodoridou M, Maltezos HC. Post-Covid syndrome: Incidence, clinical spectrum and challenges for primary healthcare professionals. *Arch Med Res.* 2020. DOI: 10.1016/j.arcmed.2021.03.010.
 11. Liu D, Baumeister RF, Zhou Y. Mental health outcomes of coronavirus infection survivors: A rapid meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;137:542–53. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.10.015.
 12. Rogers JP, Chesney E, Oliver D. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:611–627. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
 13. Mak IW, Chu CM, Pan PC. et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(6):590–598. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007.
 14. Lee SH, Shin H, Park HY. et al. Depression as a mediator of chronic fatigue and post-traumatic stress symptoms in middle east respiratory syndrome survivors. *Psychiatry Investig.* 2019;16(1):59–64. DOI: 10.30773/pi.2018.10.22.3.
 15. Прилуцкая МВ, Гржибовский АМ. Восприятие чрезвычайного положения в связи с коронавирусной инфекцией учащимися и сотрудниками медицинского вуза в Казахстане. *Экология человека.* 2020;06:4–10. DOI: 10.33396/1728-0869-2020-6-4-12.
 16. Prilutskaya MV, Grzhibovsky AM. Perception of the state of emergency in connection with the coronavirus infection by students and staff of a medical school in Kazakhstan. *Human ecology.* 2020;06:4–10. DOI: 10.33396/1728-0869-2020-6-4-12. (In Russ.).
 17. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization . *Social Science and Medicine.* 1995;41(10):1403–1409.
 18. Smets EM, Garssen BB, Bonke JC. Haes De. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue . *Journal of Psychosomatic Research.* 1995;9(3).
 19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999;282:1737–44.
 20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine.* 2002;64(2):258–266. DOI:10.1097/00006842-200203000-00008
 21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. *Manual and Interpretation Guide,* Lincoln, RI. QualityMetric Incorporated. 2000;150.
 22. Soyoung Yoo, Jihoon Lee, Gawon Ju, Sangha Lee, Sooyeon Suh, Seockhoon Chung. The Schoolteachers' Version of the Stress and Anxiety to Viral Epidemics-9 (SAVE-9) Scale for Assessing Stress and Anxiety During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry.* 2021 August;12. Article 712670. doi: 10.3389/fpsy.2021.712670.
 23. Lydia Fortea, Aleix Solanes, Edith Pomarol-Clotet et al. Study Protocol-Coping With the Pandemics: What Works Best to Reduce Anxiety and Depressive Symptoms. *Front. Psychiatry.* 2021 July . <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.642763>.
 24. Yang Y, Li W, Zhang I, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e19. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30079-171](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-171).
 25. Golberg JF. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(3):20com13363. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13363>.
 26. Первичко ЕИ, Митина ОВ, Степанова ОБ, Конюховская ЮЕ, Дорохов ЕА. Восприятие Covid-19 населением России в условиях пандемии 2020 года. *Клиническая и специальная психология.* 2020;9(2):119–146.
 27. Pervichko EI, Mitina OV, Stepanova OB, Konyukhovskaya YuE, Dorokhov EA. Perception of Covid-19 by the Russian population during the 2020 pandemic. *Clinical and special psychology.* 2020;9(2):119–146. (In Russ.).

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-96-101

УДК 611.36-073.8

МРНТИ 76.03.49, 76.13.15

ПРИЖИЗНЕННАЯ СИНТОПИЯ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

И.Н. ФАТЕЕВ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Фатеев И.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-1736-2185>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Fateyev IN. Lifetime Liver Syntopia depending on Age and Gender according to the Magnetic Resonance Imaging Method Results. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):96-101

Фатеев И.Н. Зерттеудің магнитті-резонанстық-томографиялық әдісінің нәтижелері бойынша жасына және жынысына байланысты бауырдың өмір бойы синтопиясы. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):96-101

Фатеев И.Н. Прижизненная синтопия печени в зависимости от возраста и пола по результатам магнитно-резонансно-томографического метода исследования. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):96-101

Lifetime Liver Syntopia depending on Age and Gender according to the Magnetic Resonance Imaging Method Results

I. N.Fateyev

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Purpose: to obtain data on lifetime anatomy and topography of liver using magnetic resonance imaging.

The present work is based on the study and analysis of clinical material obtained from 329 objects. The clinical and instrumental research is based on the results of magnetic resonance imaging of the liver and extrahepatic bile ducts in 329 people, residents of the city of Orenburg, who were examined with suspicion of pathology of the abdominal cavity, and the pathology was not confirmed. On MRI-grams, liver syntopia with surrounding organs and blood vessels was examined. The right adrenal gland can contact the liver at both the Th11 and Th12 levels, depending on the constitution of the subject. The liver contacts the right kidney from Th12 to L2. The lower the level, the further the organs are from each other. There were no significant sexual differences in these syntopic relationships. With aging, there is a change in the average values of the distances between the liver and the surrounding organs. Some of them decrease (the distance between the liver and duodenum, liver and right kidney), others increase (the distance between the liver and the small curvature of the stomach, liver and hepatic curvature of the colon, liver and right adrenal gland). The conducted research once again speaks of the high efficiency and possibility of using the magnetic resonance imaging method as a method of in vivo anatomical examination and liver morphometry, as well as the possibility of obtaining objective data on in vivo anatomy and topography.

Keywords: liver; anatomy; magnetic resonance imaging

Зерттеудің магнитті-резонанстық-томографиялық әдісінің нәтижелері бойынша жасына және жынысына байланысты бауырдың өмір бойы синтопиясы

И.Н. Фатеев

Орынбор мемлекеттік медицина университеті, Орынбор, Ресей

Бұл зерттеудің мақсаты магниттік-резонанстық томографияны қолдана отырып, бауырдың өмірлік анатомиясы мен топографиясы туралы жаңа мәліметтер алу болды. Бұл зерттеу 329 объектіден алынған клиникалық материалды зерттеуге және талдауға негізделген. Клиникалық-аспаптық зерттеу іш қуысы мүшелерінің патологиясына күдікпен қаралған Орынбор қаласының тұрғындары, 329 адамда бауыр мен бауырдан тыс өт жолдарының магнитті-резонанстық томографиясының нәтижелерін зерттеуге негізделген және патология расталмаған. МРТ-граммдарда қоршаған органдармен және қан тамырларымен бауыр синтопиясы зерттелді. Оң жақ бүйрек үсті безі зерттелушінің конституциясына байланысты Th11 деңгейінде де, Th12 у деңгейінде де бауырмен байланыста болуы мүмкін. Бауыр оң бүйрекпен Th12-ден L2-ге дейін байланысады. Деңгей неғұрлым төмен болған сайын органдар бір-бірінен алшақ болады. Бұл синтопиялық қатынастарда айтарлықтай жыныстық айырмашылықтар анықталған жоқ. Жасы ұлғайған сайын бауыр мен оның айналасындағы органдар арасындағы



Фатеев И.Н.
e-mail: fateev-orgma@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
30.05.2023

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
28.06.2023

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

кашкықтың орташа мәндері өзгереді. Олардың кейбіреулері азаяды (бауыр мен он екі елі ішек, бауыр және оң бүйрек арасындағы кашкыттық), басқалары – ұлғаяды (бауыр мен асқазанның кіші қисаюы, бауыр мен тоқ ішектің бауыр қисаюы, бауыр мен оң бүйрек үсті безі арасындағы кашкыттық). Жүргізілген зерттеу магнитті-резонанстық томографияны өмір бойы анатомиялық зерттеу және бауыр морфометриясы әдісі ретінде қолданудың жоғары тиімділігі және өмір бойы анатомия мен топография туралы объективті мәліметтер алу мүмкіндігі туралы тағы бір рет мәлімдейді.

Негізгі сөздер: бауыр, анатомия, магнитті-резонанстық томография

Прижизненная синтопия печени в зависимости от возраста и пола по результатам магнитно-резонансно-томографического метода исследования

И.Н. Фатеев

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Цель исследования. Получение новых данных по прижизненной анатомии и топографии печени с использованием магнитно-резонансной томографии. Настоящее исследование основано на изучении и анализе клинического материала, полученного от 329-ти объектов. Клинико-инструментальное исследование основано на изучении результатов магнитно-резонансной томографии печени и внепеченочных желчных путей в норме у 329-ти человек, жителей города Оренбурга, которые были обследованы с подозрением на патологию органов брюшной полости, и патология не подтвердилась. На МРТ-граммах была изучена синтопия печени с окружающими органами и кровеносными сосудами. Правый надпочечник может контактировать с печенью как на уровне Th11, так и на уровне Th12 у, в зависимости от конституции обследуемого. С правой почкой печень контактирует от Th12 до L2. Чем ниже уровень, тем дальше органы друг от друга. Существенных половых различий в данных синтопических взаимоотношениях выявлено не было. С возрастом происходит изменение средних значений расстояний между печенью и окружающими органами. Одни из них уменьшаются (расстояние между печенью и двенадцатиперстной кишкой, печенью и правой почкой), другие – увеличиваются (расстояние между печенью и малой кривизмой желудка, печенью и печеночной кривизмой ободочной кишки, печенью и правым надпочечником). Проведенное исследование еще раз говорит о высокой эффективности использования магнитно-резонансной томографии в качестве метода прижизненного анатомического исследования и морфометрии печени и возможности получать объективные данные по прижизненной анатомии и топографии.

Ключевые слова: печень, анатомия, магнитно-резонансная томография

Введение

Начало XXI века характеризуется динамичным развитием экспериментальной и клинической гепатологии, однако актуальность проблемы диагностики и лечения заболеваний печени при этом не снижается. Заболевания печени продолжают оставаться в центре внимания не только хирургов и терапевтов, но и радиологов [1].

В развитых странах заболевания печени относятся к числу наиболее распространенных [2, 3]. Заболеваниями печени и желчных путей страдает каждый десятый житель планеты, что свидетельствует о значимости проблемы ранней адекватной диагностики [4].

В то же время, имеющиеся в литературе данные по анатомии и топографии печени, несмотря на большое прикладное значение, не в полной мере удовлетворяют запросы клинической диагностики и практической хирургии [5, 6].

Применение современных методов визуализации, в частности МРТ с возможностью бесконтрастной магнитно-резонансной холангиографии, по мнению целого ряда авторов, требует пересмотра алгоритма

лучевой диагностики [7-9].

Внедрение в клиническую практику магнитно-резонансной томографии открывает новые возможности для прижизненной визуализации печени человека. В то же время при использовании диагностических методов не всегда возможна правильная трактовка полученных данных из-за недостатка исследований по прижизненной анатомии и топографии печени человека в норме. О необходимости подобных исследований указано в ряде работ [10-12].

Таким образом, поиск новых подходов к изучению вариантов строения печени и желчных протоков, оптимизация алгоритма лучевой диагностики заболеваний с уточнением роли и места новейших методов неинвазивного исследования, к которым, в первую очередь, относится МРТ, представляют собой актуальную проблему современной медицинской науки и требуют проведения специального анатомического исследования. При этом в современных условиях изучение различных аспектов клинической анатомии печени представляется актуальным с нескольких точек зрения.

Во-первых, внедрение в клиническую практику

магнитно-резонансной томографии открывает новые возможности для прижизненной визуализации печени человека. В то же время, при использовании диагностических методов не всегда возможна правильная трактовка полученных данных из-за недостатка исследований по прижизненной анатомии и топографии печени в норме. О необходимости подобных исследований указано в ряде работ [13, 14].

Во-вторых, диагностика с использованием магнитно-резонансной томографии заболеваний печени встречает затруднения при сопоставлении полученных результатов с нормативными данными из других возрастных групп. Проблема оценки количественных параметров печени в норме актуальна и при обследовании людей в зависимости от пола [15].

В-третьих, в настоящее время отсутствуют работы по комплексной количественной оценке анатомии и топографии печени по данным прижизненных методов исследования. Вместе с тем, изучение прижизненной анатомии внутренних органов открывает новые перспективы развития учения об индивидуальной анатомической изменчивости, созданного В.Н. Шевкуненко (1935, 1951) и развитое его учениками и последователями.

Таким образом, магнитно-резонансная томография позволяет достаточно хорошо прижизненно визуализировать печень и окружающие ее органы. Однако применение этих способов в качестве методов изучения прижизненной анатомии и топографии не нашло широкого распространения [16].

Имеющиеся данные не носят характера систематических исследований и нуждаются в значительном углублении и дальнейшей разработке при формировании таких разделов клинической анатомии печени, как магнитно-резонансно-томографическая анатомия. Представляется актуальным использование методов прижизненной визуализации для изучения топографической анатомии печени на больших контингентах обследуемых [17].

Цель исследования

Получение новых данных по прижизненной анатомии и топографии печени с использованием магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на изучении и анализе клинического материала, полученного от 329-ти объектов. Клинико-инструментальное исследование основано на изучении результатов магнитно-резонансной томографии печени и внепеченочных желчных путей в норме у 329-ти человек, жителей города Оренбурга, которые были обследованы с подозрением на патологию органов брюшной полости, и патология не подтвердилась.

Возраст лиц раздела исследования, включающего магнитно-резонансные томограммы брюшной полости области в норме, лежал в пределах от 20-ти до 75-ти лет. При распределении всех обследованных по возрастным группам была использована общеприня-

тая схема возрастной периодизации (БМЭ, 1976 – том 4, с. 381-384). Согласно схеме, выделяются следующие возрастные периоды: первый период зрелого возраста (21-35 лет у мужчин и 20-35 лет у женщин), второй период зрелого возраста (36-60 лет у мужчин и 36-55 лет у женщин), пожилого возраста (61-75 лет у мужчин и 56-75 лет у женщин).

В возрастную группу первого периода зрелого возраста вошло 107 наблюдений (56 % – мужчины и 46 % – женщины), в возрастную группу второго периода зрелого возраста вошло 142 наблюдения (52 % – мужчины и 48 % – женщины), в возрастную группу пожилого возраста вошло 80 наблюдений (40 % – мужчины и 60 % – женщины).

Всего в данном разделе исследования лица мужского пола составили 50,5 %, женского пола – 49,5 %.

В настоящем исследовании для решения поставленных задач использовали магнитно-резонансно-томографическое исследование, морфометрию, вариационно-статистическую и компьютерную обработку полученных данных.

Магнитно-резонансно-томографическое исследование проводили на магнитно-резонансном томографе PhilipsInteraACS-NT 1,5 Tc использованием катушки для всего тела Q-Body и Sense. Пациентов обследовали натошак во избежание возможного суммарного проекционного наложения содержимого дистальных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки на изображение билиарного дерева, основанных на получении сильно T2 взвешенных изображений с резко повышенной контрастностью между неподвижными жидкостями (желчью) и окружающими тканями.

Протокол исследования включал традиционную МРТ с обязательным получением T2 взвешенных изображений с использованием ИП T2WTSE, SPIR, T1WTSE с использованием RespiratoryCompensation для оценки состояния печени и получения изображений желчных протоков в разных плоскостях.

Для количественного описания прижизненной анатомии и топографии органов на компьютерных томограммах тех областей, где на снимках визуализируется позвоночный столб, использован способ, защищенный патентом Российской Федерации на изобретение (патент на изобретение № 2171465 от 27 июля 2001 года «Способ изучения прижизненной топографии», авторы: И.И. Каган, Л.М. Железнов, И.Н. Фатеев).

С помощью предложенного способа возможно проводить: измерения угловых, радиальных, вертикальных и горизонтальных размеров органов, определение расстояния от центра позвонка до контуров органа, определение площади изучаемых объектов путем подсчета количества точек на пересечениях координатной сетки, что будет соответствовать количеству квадратов координатной сетки устройства, определение угловых размеров секторов, которые занимает орган или его части, измерение поперечных и продольных размеров органа на срезе, определение объема органа (через применение формул расчета), из-

мерение расстояния между органом и окружающими анатомическими структурами.

На каждый случай клинического наблюдения или магнитно-резонансную томограмму был составлен протокол исследования со сквозной нумерацией, где указывались все необходимые паспортные данные и записывались проведенные исследования и полученные новые данные. Статистические данные были собраны в специальные протоколы и сведены в таблицы с учетом пола и возрастных групп.

Все полученные количественные параметры были подвергнуты вариационно-статистической обработке с вычислением их средней величины (X), ее ошибки (Sx), среднего квадратичного отклонения (σ), коэффициента достоверности разности средних величин (t), вероятности ошибки по распределению Стьюдента (P).

Проект прошел этическую экспертизу. Положительное решение локального этического комитета Оренбургской государственной медицинской академии отражено в протоколе № 10 от 21.03.2008 года. У всех участников клинко-инструментального раздела исследования получено информированное согласие.

Результаты

На всех магнитно-резонансных томограммах были четко идентифицированы внеорганные кровеносные сосуды печени, прежде всего воротная и нижняя полая вены. Среднее значение диаметра воротной вены по данным магнитно-резонансной томографии составило $9,3 \pm 0,1$ мм. Минимальное значение диаметра воротной вены было равно 9,1 мм, максимальное – 9,5 мм.

Взаимоотношения печени и нижней полой вены составили правильный диапазон, в котором минимальные и максимальные величины, ограничивающие этот диапазон, наблюдались наиболее редко. Крайние варианты представляли собой внутривенечное и свободное положение. Они наблюдались с частотой

19,4 % и 18,8 % соответственно. При внутривенечном положении нижней полой вены кровеносный сосуд со всех сторон окружен паренхимой печени. При свободном положении нижней полой вены кровеносный сосуд соприкасается с поверхностью печени или расположен от нее на некотором расстоянии. Двумя другими вариантами взаимоотношения печени и нижней полой вены отмечены частичное погружение кровеносного сосуда в паренхиму органа – либо наполовину (30,7% наблюдений), либо 2/3 окружности нижней полой вены вдавались в паренхиму печени (31,1% наблюдений).

В результате проведенного исследования установлены особенности морфометрических параметров общего желчного протока в возрастном аспекте. Установлено, что у представителей первого периода зрелого возраста средние значения длины общего желчного протока составили $42,25 \pm 0,93$ мм. В следующих возрастных группах имеет место увеличение длины общего желчного протока, прогрессирующее с возрастом. Так, у представителей второго периода зрелого возраста средние значения длины протока составили $44,73 \pm 0,82$ мм ($P < 0,05$). Наибольшее среднее значение длины общего желчного протока наблюдались в возрастной группе пожилого возраста и составило $48,98 \pm 2,36$ мм ($P < 0,05$).

Относительно количественных параметров общего печеночного протока наблюдалась аналогичная динамика изменений среднего значения длины в зависимости от возраста. Так, у представителей первого периода зрелого возраста средние значения длины общего печеночного протока составили $21,14 \pm 0,71$ мм. В следующих возрастных группах имеет место увеличение длины общего печеночного протока, прогрессирующее с возрастом: у представителей второго периода зрелого возраста средние значения длины протока составили $23,66 \pm 0,94$ мм ($P < 0,05$), а в возрастной группе пожилого возраста – $26,49 \pm 1,15$ мм ($P < 0,05$).

Таблица 1

Средние расстояния ($X \pm Sx$ мм) от печени до окружающих анатомических структур в зависимости от пола, выявляемые на аксиальных МРТ-граммах

Орган / пол обследованного Th ₁₁		Скелетотопический уровень			
		Th ₁₂	L ₁	L ₂	
Правый надпочечник	Мужской	8,7± 1,5	7,6± 1,5	-	-
	Женский	8,1± 0,9	7,2± 0,7	-	-
Правая почка	Мужской	-	5,3± 0,8	7,3± 1,1	8,9± 1,1
	Женский	-	5,1± 0,5	7,7± 1,2	8,2± 0,9
Нижняя полая вена	Мужской	16,2± 1,6	18,2± 2,1	22,2± 2,5	24,3± 1,8
	Женский	8,9± 1,9	10,9± 1,1	17,4± 1,8	20,8± 2,1
Желудок	Мужской	44,8± 2,8	32,6± 2,5	5,6± 0,5	45,6± 3,5
	Женский	39,3± 3,8	29,9± 1,9	4,3± 0,8	37,4± 2,8
Желчный пузырь	Мужской	-	4,6± 0,4	6,3± 0,7	-
	Женский	-	6,1± 0,9	9,2± 0,8	-

Таблица 2

Средние расстояния ($X \pm Sx$ мм) от печени до окружающих анатомических структур в различные возрастные периоды, выявляемые на фронтальных и сагиттальных МРТ-граммах

Расстояние до окружающих печень органов, мм	Возрастная группа		
	Первый период зрелого возраста	Второй период зрелого возраста	Пожилой возраст
Печеночная кривизна ободочной кишки	19,2 ± 0,7	38,9 ± 0,5*	59,9 ± 0,8*
Малая кривизна желудка	30,6 ± 3,5	44,9 ± 4,5*	56,9 ± 4,7*
Двенадцатиперстная кишка	35,8 ± 1,7	29,3 ± 1,4*	27,4 ± 1,4*
Правая почка	5,9 ± 0,8	9,3 ± 0,9*	4,8 ± 0,2*
Правый надпочечник	8,4 ± 0,6	12,3 ± 0,6*	14,8 ± 0,9*

Примечание: различия между парами, отмеченные «*», статистически достоверны ($P < 0,05$).

По отношению к морфометрическим параметрам правого и левого печеночных протоков и пузырного протока достоверных изменений линейных размеров в возрастном аспекте не выявлено. В то же время анализ цифрового материала у обследуемого контингента показал, что длина желчных путей достоверно ($P < 0,05$) выше у мужчин, чем у женщин.

На МРТ-граммах была изучена синтопия печени с окружающими органами и кровеносными сосудами (нижняя полая вена при свободном положении). Правый надпочечник может контактировать с печенью как на уровне Th11, так и на уровне Th12 у, в зависимости от конституции обследуемого. С правой почкой печень контактирует от Th12 до L2. Чем ниже уровень, тем дальше органы друг от друга. Существенных половых различий в данных синтопических взаимоотношениях выявлено не было. Средние значения расстояния от печени до окружающих анатомических структур в зависимости от пола, выявляемые на аксиальных МРТ-граммах, представлены в таблице 1.

С возрастом происходит изменение средних значений расстояний между печенью и окружающими органами. Одни из них уменьшаются (расстояние между печенью и двенадцатиперстной кишкой, печенью и правой почкой), другие – увеличиваются (расстояние между печенью и малой кривизной желудка, печенью и печеночной кривизной ободочной кишки, печенью и правым надпочечником). Средние значения расстояния ($X \pm Sx$ мм) от печени до окружающих органов в различные возрастные периоды, выявляемые на фронтальных и сагиттальных МР-томограммах, представлены в таблице 2.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования количественных параметров печени и внепеченочных желчных путей, характерных для Оренбургского региона, имеют самостоятельное прикладное значение и сви-

детельствуют о том, что метод магнитно-резонансной томографии является также высокоэффективным методом прижизненного анатомического исследования.

В результате проведенного исследования установлено, что с возрастом происходит изменение средних значений расстояний между печенью и окружающими органами. Одни из них уменьшаются (расстояние между печенью и двенадцатиперстной кишкой, печенью и правой почкой), другие – увеличиваются (расстояние между печенью и желудком, печенью и печеночной кривизной ободочной кишки, печенью и правым надпочечником).

Полученная в результате проведенного исследования количественная характеристика внепеченочных желчных протоков по данным магнитно-резонансной томографии позволяет выявить некоторые закономерности прижизненной анатомии и топографии в зависимости от возрастного аспекта и в зависимости от пола. Полученные данные имеют прикладное значение для клинической диагностики и хирургии.

Так, исходя из данных литературы и результатов собственных наблюдений по результатам магнитно-резонансной томографии, можно предложить такое понятие, как «региональная норма», то есть особенности синтопии и количественных параметров органов, окружающих печень, характерные для Оренбургского региона и учитывающие возрастную и половую факторы.

Проведенное исследование еще раз говорит о высокой эффективности и возможности использования прижизненных методов диагностики (в частности метода магнитно-резонансной томографии) в качестве метода прижизненного анатомического исследования и морфометрии печени и внепеченочных желчных путей, а также свидетельствует о высокой достоверности получаемых при этом количественных данных и возможности получать объективные данные по прижизненной анатомии и топографии.

Список литературы:

1. Каган ИИ. Современные аспекты клинической анатомии. Оренбург. 2012; 108.
Kagan I.I. Sovremennyye aspekty klinicheskoy anatomii. Orenburg. 2012. 108 s. (In Russ.).
2. Taouli B, Alves FC. Imaging biomarkers of diffuse liver disease: current status. *AbdomRadiol (NY)*. 2020; 45(11): 3381-3385.
3. Mathew RP, Venkatesh SK. Imaging diffuse liver disease. *Applied Radiology*. 2019;48:13-20.
4. Thomaidis-Brears HB, Lepe R, Banerjee R. Multiparametric MR mapping in clinical decision-making for diffuse liver disease. *AbdomRadiol (NY)*. 2020;45(11):3507-3522.
5. Welle CL, Guglielmo FF, Venkatesh SK. MRI of the liver: choosing the right contrast agent. *AbdomRadiol (NY)*. 2020; 45(2):384-392.
6. vanTimmeren JE, Cester D, Tanadini-Lang S, Alkadhi H, Baessler B. Radiomics in medical imaging-“how-to” guide and critical reflection. *Insights Into Imaging*. 2020;11(1):91.
7. He L, Li H, Dudley JA. et al. Machine learning prediction of liver stiffness using clinical and T2-weighted MRI radiomic data. *AJR. American Journal of Roentgenology*. 2019;213(3): 592-601.
8. Gourtsoyianni S, Santinha J, Matos C, Papanikolaou N. Diffusion-weighted imaging and texture analysis: current role for diffuse liver disease. *Abdominal Radiology*. 2020;45(11):3523 - 3531.
9. Cunha GM, Thai TT, Hamilton G. et al. Accuracy of common proton density fat fraction thresholds for magnitude- and complex-based chemical shift-encoded MRI for assessing hepatic steatosis in patients with obesity. *AbdomRadiol (NY)*. 2020;45(3):661 - 671.
10. Henninger B., Alustiza J., Garbowski M., Gandon Y. Practical guide to quantification of hepatic iron with MRI. *European Radiology*.2020;30(1):383 - 393.
11. França M., Carvalho J.G. MR imaging assessment and quantification of liver iron. *Abdominal Radiology*. 2020;45(11):3400 – 3412.
12. Caruso D, Polici M, Zerunian M. et al. Radiomics in oncology, part 1: technical principles and gastrointestinal application in CT and MRI. *Cancers (Basel)*. 2021;13(11):2522.
13. Caruso D, Polici M, Zerunian M. et al. Radiomics in oncology, part 2: thoracic, genito-urinary, breast, neurological, hematologic and musculoskeletal applications. *Cancers (Basel)*. 2021; 13(11):2681.
14. Riley R. D., Snell K. I. E., Ensor J. et al. Minimum sample size for developing a multivariable prediction model: pART II - binary and time-to-event outcomes. *Statistics in Medicine*. 2019;38(7):1276 - 1296.
15. Park HJ, Lee SS, Park B. et al. Radiomics analysis of gadoxetic acid-enhanced MRI for staging liver fibrosis. *Radiology*.2019;290(2): 380 - 387.
16. Bastati N, Beer L, Mandorfer M. et al. Does the functional liver imaging score derived from gadoxetic acid-enhanced MRI predict outcomes in chronic liver disease? *Radiology*.2020;294(1):98 - 107.
17. Poetter-Lang S, Bastati N, Messner A. et al. Quantification of liver function using gadoxetic acid-enhanced MRI. *AbdomRadiol (NY)*. 2020;45(11):3532 – 3544.

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-102-106
 УДК 613.98(574.13)
 МРНТИ 76.29.59

АҚТӨБЕ КАЛАСЫНДАҒЫ 60 ЖАСТАН АСҚАН ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖӘНЕ ЖҰМЫС ІСТЕМЕЙТІН ЗЕЙНЕТКЕРЛЕРДІҢ ӨМІР СҰРУ САПАСЫНЫҢ КӨРСЕТКІШІ

М.И. ЯКУПОВА, Р.К. НАЗАРБАЕВА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Якупова М.И. – <https://orcid.org/0009-0004-3020-7771>
 Назарбаева Р.К. – <https://orcid.org/0000-0003-0993-9447>

Citation/
 библиографиялық сілтеме/
 библиографическая ссылка:

Yakupova M.I. Nazarbaeva R.K. Life Quality Indicator of Working and Non-working Pensioners over 60 years old in Aktobe. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):102-106

Якупова МИ, Назарбаева РК. Ақтөбе қаласындағы 60 жастан асқан жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін зейнеткерлердің өмір сүру сапасының көрсеткіші. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(2):102-106

Назарбаева РК, Якупова МИ. Показатель качества жизни у работающих и неработающих пенсионеров старше 60-ти лет города Актөбе. West Kazakhstan Medical Journal. 2023; 65(2):102-106

Life Quality Indicator of Working and Non-working Pensioners over 60 years old in Aktobe

M.I.Yakupova, R.K. Nazarbaeva
 Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Purpose: to assess elderly people health and life in Aktobe, Kazakhstan.
Methods. A parallel cross-sectional study was conducted to assess elderly people life quality living in Aktobe. According to statistical data, the sample size is 148 people. The quality of life was assessed using the European EuroQol 5D questionnaire (EQ-5D) and the visual analog scale (EQ-VAS).
Results. We divided the elderly participants into 2 groups depending on employment. The first group consisted of working pensioners (78 people), the second group – non-working pensioners (70 people). It was found that 21.6% of the sample are in full health (profile «11111»). Of these, working respondents (93.75%) are significantly higher than non-working respondents (6.25%).
Conclusion. Based on the results obtained, we came to the conclusion that the parameters of the life quality indicators of working elderly people are higher than those of non-working pensioners. In addition, the decrease in indicators is associated with age, physical activity.
Keywords: working pensioners, non-working pensioners, old age, quality of life, health status, physical health

Ақтөбе қаласындағы 60 жастан асқан жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін зейнеткерлердің өмір сүру сапасының көрсеткіші

М.И. Якупова, Р.К. Назарбаева
 Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеу мақсаты: Ақтөбе қаласында тұратын егде жастағы адамдардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасын бағалау.
Әдістері: Ақтөбе қаласында тұратын егде жастағы адамдардың өмір сапасын бағалау бойынша бірмезеттік-көлденең зерттеу жүргізілді. Статистикалық мәліметтер бойынша алынған іріктеме мөлшері 148 адам. Өмір сапасы Еуропалық EuroQol 5D (EQ-5D) сауалнамасы және визуалды аналогтық шкаласы (EQ-VAS) арқылы бағаланды.
Нәтижелер: Біз егде жастағы зерттеуге қатысушыларды жұмыспен қамту бойынша 2 топқа бөлдік. Бірінші топты жұмыс істейтін зейнеткерлер (78 адам), екінші топты – жұмыс істемейтін зейнеткерлерді (70 адам) құрады. Іріктеменің 21,6%-ы толық денсаулық жағдайында екені анықталды («11111» профилі). Оның ішінде жұмыс істейтін респонденттер (93,75%) жұмыс істемейтіндерге қарағанда (6,25%) айтарлықтай жоғары.
Қорытынды: Алынған нәтижелер бойынша біз жұмыс істейтін егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасының көрсеткіштерінің параметрлері жұмыс істемейтін зейнеткерлермен салыстырғанда жоғары деген қорытындыға келдік. Сонымен қатар, көрсеткіштердің төмендеуі жасына, физикалық қызметке байланысты.



Якупова М.И.
 e-mail: be_thebest@mail.ru

Received/
 Келін түсті/
 Поступила:
 28.04.2023

Accepted/
 Басылымға қабылданды/
 Принята к публикации:
 02.06.2023

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

Негізгі сөздер: жұмыс істейтін зейнеткерлер, жұмыс істемейтін зейнеткерлер, егде жас, өмір сапасы, денсаулық жағдайы, физикалық денсаулық

Показатель качества жизни у работающих и неработающих пенсионеров старше 60-ти лет города Актөбе

М.И. Якупова, Р.К. Назарбаева

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

Цель. Оценка состояния здоровья и качества жизни пожилых людей, проживающих в городе Актөбе.

Методы. Одномоментное поперечное исследование было проведено для оценки качества жизни пожилых людей, проживающих в г. Актөбе. По статистическим данным, объем выборки составляет 148 человек. Качество жизни оценивали с помощью европейского опросника EuroQol 5D (EQ-5D) и визуальной аналоговой шкалы (EQ-VAS).

Результаты. Мы разделили пожилых участников исследования на 2 группы в зависимости от занятости. Первую группу составили работающие пенсионеры (78 человек), вторую группу – неработающие пенсионеры (70 человек). Было обнаружено, что 21,6% выборки находятся в полном состоянии здоровья (профиль «11111»). Из них работающих респондентов (93,75%) значительно больше, чем неработающих (6,25%).

Выводы. По полученным результатам, мы пришли к выводу, что параметры показателей качества жизни работающих пожилых людей выше, чем у неработающих пенсионеров. Кроме того, снижение показателей связано с возрастом, физической активностью..

Ключевые слова: работающие пенсионеры, неработающие пенсионеры, пожилой возраст, качество жизни, состояние здоровья, физическое здоровье

Кіріспе

Халықтың қартаюуы демографияға мүмкіндіктер мен проблемаларды тудырады. Пікірталаста дамыған бай қоғамдар үлкен проблемаларға тап болады деген сенім жиі басым болады, кейбіреулер демографиялық өзгерістер нәтижесінде ықтимал дағдарыстарға тап болады дейді. Бұл өзгерістің екі элементі бар: өмір сүру ұзақтығының тұрақты өсуі және бала туудың бір реттік төмендеуі. Осыған байланысты кәрілік пен қартаю психологиясының әртүрлі аспектілерін зерттеу өркениетті елдерде халықтың демографиялық қартаюуы одан әрі өскен сайын өзекті бола түсуде [1, 2].

Халықтың қартаюуы ұзақ мерзімді демографиялық өзгерістердің, халықтың көбею сипатындағы, туу мен өлім-жітімдегі және олардың ара-қатынасындағы өзгерістердің, сондай-ақ ішінара көші-қонның нәтижесі болып табылады.

Қартаюудың заманауи теорияларына сәйкес, қартаюуға көшу адамның дамуының прогрессивті тенденциялары баяулайтын кезеңмен байланысты, содан кейін регрессия басталады, адам дене белсенділігінің басқа деңгейіне физикалық және психикалық бейімделеді [3].

Өмір сапасы жұмыспен қамту, кәсіптік сұраныс, әл-ауқат, экологиялық жағдай, демалыс орындары, мәдени мекемелердің болуы мен қол жетімділігі сияқты объективті факторлардан ғана емес, сонымен қатар өмірге, жұмысқа, қоршаған ортаға, өзін-өзі жүзеге асыру мүмкіндіктеріне қанағаттану сияқты терең субъективті факторлардан тұратын адам өмірінің шарттары мен сипаттамаларының жиынтығын бағалауды қамтиды [4].

Өлім-жітім деңгейінің төмендеуімен және өмір сүру ұзақтығының ұлғаюымен егде жастағы ересектердің үлесі айтарлықтай өсті. Қартаюу процесі негізінен туу деңгейі өте төмен деңгейге жеткен және өмір сүру ұзақтығы айтарлықтай өскен, дамыған елдер көш бастап тұр. Еуропада соңғы екі онжылдықта 65 жастан асқан егде жастағы адамдар саны айтарлықтай өсті. Болжам нұсқасына сәйкес, 2050 жылға қарай дамыған елдердегі халықтың жалпы санындағы егде жастағы адамдардың үлесі 32%-ға, ал дамушы елдерде – 11%-ға дейін өсуі мүмкін. Осындай өсіммен бүкіл әлемдегі үкіметтер қартаюуды қалай жақсартуға және егде жастағы адамдарға тәуелсіздігін сақтауға және қоғамға белсенді қатысуға көмектесуге алаңдайды, сонымен қатар, бұл егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын (КЖ) арттырады. [5, 6]

БҰҰ-ның халық саны саласындағы қорының (ЮН-ФПА) бағалауы бойынша, Қазақстандағы демографиялық жағдай ел халқының жас құрылымындағы егде жастағы адамдардың үлесінің ұлғаюымен сипатталады. 2019 жылдың басында 60 жастан асқан халықтың үлесі ел халқының жалпы санының 11,3%-ын, 65 жастан асқан халықтың 7,3%-ын құрады. Бұл ретте, ел өңірлерінің жартысында қартайған ұлтқа тән 7 пайыздық шегі айтарлықтай еңсерілді. Қазақстанда, әртүрлі елдердегідей, халықтың жалпы санындағы егде адамдар үлесінің өсу үрдісі байқалады [7].

Көптеген елдердегі, соның ішінде Қазақстандағы қазіргі әлеуметтік-демографиялық жағдайы – егде жастағы зейнеткерлердің проблемаларына академиялық қызығушылықты күшейтеді, олардың көпшілігі еңбек қызметін жалғастыруды көздейді. Бірқатар ше-

телдік және отандық зерттеулерге сәйкес, егде жастағы адамдар айтарлықтай еңбек ресурстарын ұсынады [8].

Соңғы онжылдықтарда жетілу мен кәрілік кезеңіне деген көзқарас қоғамда да, мемлекеттік саясат деңгейінде де, ғылыми қоғамдастықта да өзгере бастады. Зейнетке шығу – бұл өмірдің жаңа кезеңі және кез-келген жағдайда бейімделуді қажет ететін өте маңызды оқиға. Біреу оңай бейімделеді, біреу қиынырақ, бірақ кез келген адам өз еркімен зейнетке шықса да белгілі бір дәрежеде стрессті сезінеді. Бұл ретте, жұмысын жалғастыратын зейнеткерлік жастағы адамдар аз күйзеліске ұшырайды, денсаулығын жақсы сақтайды және әдетте ұзақ өмір сүреді деп болжайды [9].

Зейнетке шығу өмір салты мен стиліндегі көптеген өзгерістерді білдіреді. Бұл адамның бір әлеуметтік рөлден екіншісіне ауысуы. Экономикалық реформалардың жеткіліксіз әлеуметтік бағыты, зейнеткерлік жастағы адамдардың өсіп келе жатқан әлеуметтік апатиясы мен депрессиясы оларды экстремалды жағдайға қояды [10].

Жұмыспен қамту адам өмірінің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады, әсіресе зейнеткерлік жаста, жұмыс жұмысшының денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін. Сонымен қатар, адамның тұрақты әлеуметтік және еңбек белсенділігі егде жастағы адамның өмір сүру тонусын, жалпы әл-ауқатын және өмір сүру сапасын арттыруға ықпал етуі мүмкін [11].

Қазақстанда жұмыс істейтін зейнеткерлердің үлесі 2019 жылдың басында 10,5 % құрады. Дамыған елдермен салыстырғанда бұл мүлдем дұрыс емес, өйткені Қазақстанда зейнеткерлік жастағы адам орташа есеппен 10 жыл, ал дамыған елдерде шамамен 20 жыл өмір сүреді. Сонымен қатар, денсаулық сақтау деңгейі әлдеқайда жақсы. Қарт адамдар, әрине, республиканың халық шаруашылығының барлық салаларында әртүрлі дәрежеде еңбек етеді [12].

Өмір сүру ұзақтығының ұлғаюы және қартаюы экономикаға қысым жасаумен қатар, қоғамның әл-ауқатын арттыруға, егде жастағы адамдардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға және олардың әлеуеті мен қабілеттерін пайдалануға мүмкіндік берді. Қарт адамдарға қамқорлық түріндегі қолдау қажет, әсіресе олардың автономия деңгейі төмен болса [13].

Қалыптасқан демографиялық жағдай мемлекетпен қоғамның алдына егде жастағы азаматтардың өмір сүру жағдайларын сақтаудағы негізгі қажеттіліктерін қамтамасыз етуге ғана емес, сонымен қатар олардың қоғамның саяси және әлеуметтік салаларына белсенді қатысуы үшін жағдай жасауға бағытталған жаңа мақсаттар мен міндеттер қояды [14, 15].

Қазіргі уақытта еңбек қызметін жалғастырғысы келетін зейнеткерлік жастағы адамдар еңбек нарығында айқын немесе жасырын кемсітушілікке байланысты айтарлықтай қиындықтарға тап болады. Шетелдегі қолданыстағы тәжірибелерді талдау осы салада әзірлемелер жүргізілетін бірнеше аспектілерді бөліп көрсетуге мүмкіндік береді: заңнамалық базаны дамыту; егде жастағы адамдарға арналған білім беру бағдарламаларын құру; егде жастағы жұмысшыларды жұмысқа

тарту үшін жұмыс берушілердің уәждемесін күшейту; жұмыс сағаттарының санын біртіндеп азайту, жұмыс істейтін зейнеткерлер үшін арнайы еңбек жағдайларын жасау бағдарламаларын қолдану. Сонымен қатар, шетелдік тәжірибе абсолютті емес мәселенің түпкілікті шешімі оның аяқталуынан әлі алыс [16].

Еңбек жағдайлары мен денсаулық арасындағы қарым-қатынасты түсінуді кейінгі өмірде тереңдету өте маңызды, өйткені қазіргі егде жастағы адамдардың көпшілігінде тұрақты кәсіби белсенділіктің салыстырмалы түрде жоғары дәрежесі бар, олардың едәуір бөлігі ересек өмірінің барлық жағдайларында болмаса да, сол жұмыста жұмыс істейді [17].

«Қазақстан-2050» Стратегиясын іске асыру үшін Үкімет Қазақстан Республикасының 2030 жылға дейінгі әлеуметтік даму тұжырымдамасын қабылдады, оның мақсаты адами капиталдың сапасы мен бәсекеге қабілеттілігін арттыру үшін жағдайлар жасау болып табылады. Бұл ретте негізгі бағыттар, табыстарды қорғау, қолжетімді медициналық көмек, белсенді ұзақ өмір сүру және кедергісіз өмір сүру ортасы мәселелері бойынша айқындалған. [«Қазақстан-2050» Стратегиясы]

ЮНФПА ұсынысы бойынша, елдің дамуы белсенді ұзақ өмір сүру саласындағы саясат егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын, дербестігі мен тәуелсіздігін арттыруға, халықтың салауатты өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға, денсаулығын сақтау мен нығайтуға, аға ұрпақ азаматтарының әлеуметтік және психологиялық әл-ауқатын жақсартуға, егде жастағы адамдардың қоғам өмірінің түрлі салаларына, әлеуметтік-экономикалық салаларға қатысу мүмкіндіктерін кеңейтуге бағытталуы тиіс [1, 7].

«Сау қартаюу» – бұл сау адамның қартаюуына қарағанда әлдеқайда кең ұғым. Егде жастағы денсаулықты сақтау және қалпына келтіру мәселелерінен басқа, ол егде жастағы адамдардың жалпы әл-ауқатын қамтамасыз ететін шараларды қамтиды. Бағдарламаны табысты іске асыру үшін елдер әр түрлі салаларда, ең алдымен, денсаулық сақтау, саясат, экономика және әлеуметтік даму салаларында күш салуы қажет [17].

Зерттеу мақсаты: Ақтөбе қаласында тұратын егде жастағы адамдардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасын бағалау.

Әдістері

Зерттеу ғылыми мақалалар мен шолулардан ақпарат жинаудан басталды. Осы тақырып аясында ғылыми мәліметтер базасынан соңғы 10 жыл ішінде көптеген шетелдік және орыс тілді басылымдарға толық емес жүйелік шолу жасалды. Талдау бойынша әдеби шолулар, ақпараттық хаттар, сондай-ақ қысқаша мазмұндама алынып тасталды.

Екінші кезеңде Қазақстанның Ақтөбе қаласында тұратын егде жастағы адамдардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасын зерттеу мақсатында көлденең зерттеу жүргізілді. Статистикалық қағидаттар бойынша іріктеме мөлшері Ақтөбе қаласында тұратын егде жастағы адамдардың іріктеме мөлшерін ескере оты-

рып, 148 адам алынды. Іріктеме мөлшері қателіктің 5%, сенім аралығын 95%, ықтималдылығын 50% және 20% ескере отырып алынды.

Қосылу критерийлері – 65 жастан асқан егде жастағы әйелдер мен ерлер; алып тастау критерийлері – ауыр ауруы бар егде жастағы адамдар.

Қатысушылардың қажетті саны емханаларға және отбасылық дәрігерге бекітілген халық тізімінен, сондай-ақ жұмыс мекемелерінде жұмыс істейтін жұмысшылар тізімінен алынды. Қатысушылар қатысуға келісім бергеннен кейін және олармен кездесулер сақтық шараларын сақтай отырып өткізілді. Зерттеуге қатысушыларға алдын ала қысқа нұсқаулықпен таныстырылды: зерттеудің мақсаты мен мәліметтері түсіндіріліп, келісім формалары жиналды.

EuroQol 5D (EQ-5D) өмір сапасы туралы Еуропа-лық сауалнамасы қолданылды. Сауалнама адамның физикалық және психикалық денсаулығының сапасы туралы бес сұрақтан тұрады. Сонымен қатар, визуалды аналогтық шкала (EQ-VAS) атты денсаулық жағдайын өлшейтін пайыздық шкаладан құралған. Әр сұрақтардың жауаптары 1-ден 5-ке дейінгі баллмен есептеледі. Ең төменгі балл денсаулық сапасының жоғарғы дәрежесі болып есептеледі. Сауалнама сенімділігін бағалау үшін Кронбах альфасы есептелді. Топтық зерттеу үшін $\geq 0,7$ мәні қанағаттанарлық болды. Деректерді жинау респонденттердің тікелей сауалнамасы негізінде сауалнама әдісімен жүргізілді.

Алынған нәтижелерді өңдеу сипаттамалық статистиканы және статистиканың параметрлік емес әдістерін қолдана отырып, Windows үшін SPSS Statistics 11.0 бағдарламалар пакетін қолдану арқылы жүзеге асырылады. Қалыпты үлестірімнің болмауына байланысты айырмашылықтардың маңыздылығы Манн–Уитни критерийінің U көмегімен анықталды. Іріктеменің сапалық сипаттамаларын бағалау үшін Пирсонның келісім критерийі (хи-квадрат) қолданылды. Маңыздылықтың сыни деңгейі және статистикалық гипотезаларды тексеру $p < 0,05$ кезінде қабылданды.

Нәтижелер

Жалпы, зерттеуге зейнетке шыққаннан кейінгі егде жастағы адамдар (жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін зейнеткерлер) қатысты. Іріктеме көлемі – 148 респондент, оның ішінде 66,2%-ы әйелдер (98 пациент) және 33,8%-ы ерлер (50 пациент). Зерттеу барысында екі жыныстың үлесінде айтарлықтай айырмашылық бар. Респонденттердің орташа жасы $71,1 \pm 6,8$ жасты, диапазоны 62-88 жасты құрады.

Егде жастағы зерттеуге қатысушыларды біз жұмыспен қамту бойынша 2 топқа бөлдік. Бірінші топты 65-82 жас аралығындағы жұмыс істейтін зейнеткерлер болса, екінші топты жұмыс істемейтін зейнеткерлер – 65-88 жас аралығын құрады.

Іріктеменің 21,6%-ы толық денсаулық жағдайында екені анықталды («11111» профилі). Оның ішінде жұмыс істейтін респонденттер (93,75%) жұмыс істемейтіндерге қарағанда (6,25%) айтарлықтай жоғары. Денсаулыққа қатысты қандай да бір проблемалар ту-

ралы хабарлаған респонденттердің үлесі жасына қарай артады. Салыстырмалы деректер кесте түрінде ұсынылған.

Сауалнаманың екінші бөлімі – визуалды аналогтық шкала (EQ-VAS) немесе «денсаулық термометрі» қолданылды. Онда респондент өзінің денсаулық жағдайын белгілейді. Шкала 0-ден 100-ге дейінгі 20 см тік градуирленген сызғыш түрінде ұсынылған, мұнда 100%-респонденттің денсаулық жағдайының ең жақсысы болып есептеледі.

Денсаулық жағдай шкаласы бойынша пайыздық көрсеткіш 3 топқа бөлінді: 1-ші топ 10%-дан 50%-ға дейін, 2-ші топ 55%-дан 75%-ға дейін, 3-ші топ 80%-дан 100%-ға дейін. 1-ші топты белгілегендер саны бойынша жұмыс істейтіндер 0, жұмыс істемейтіндер 6 адамды құрады. 2-ші топта жұмыс істейтіндер 26, жұмыс істемейтіндер 47 адам болса, 3-ші топта жұмыс істейтіндер 52, жұмыс істемейтіндер 17 адамды құрады. Осы 100 баллдық визуалды аналогтық шкала бойынша медианалық балл 72,4 болды. Ал стандартты ауытқу 11,4; 95% сенімділік интервалы 72,1-ден 72,7-ге дейін еңсерілді. Салыстырмалы деректер 2-ші суретте көрсетілген.

Зерттеуді талқылау

Сауалнамаға сәйкес, денсаулық жағдайына қанағаттанатын жұмыс істейтін егде жастағы адамдар көп болды. Жұмыс істейтін зейнеткерлерде «ұтқырлық», «өзіне күтім жасау», «әдеттегі күнделікті іс-әрекеттер», «ауырсыну/ыңғайсыздық», «мазасыздық/депрессия» шкалаларында өзін-өзі бағалаудың жоғары деңгейі анықталды. Олардың жауаптары еңбек қызметінде өзін-өзі жүзеге асырумен байланысты келешекке оң көзқарасты көрсетеді. Бағалау кезінде статистикалық маңызды айырмашылықтар да анықталды.

Жұмыс істейтіндер, жұмыс істемейтіндермен салыстырғанда, орта есеппен денсаулық жағдайы бойынша жоғары балл жиналды. Білім беру топтары арасында жынысы мен жасын ескере отырып, денсаулықты бағалауда статистикалық маңызды айырмашылықтар жоқ. Сонымен қатар, сауалнамаға қатысқан егде жастағы адамдардың 70%-ы жұмыс істемейтіндердің 32% -ына қарағанда денсаулығын қанағаттанарлық деп санайды.

Қорытынды

Осылайша, алынған нәтижелер, біз жұмыс істейтін егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасының көрсеткіштерінің параметрлері жұмыс істемейтін зейнеткерлермен салыстырғанда жоғары деген қорытындыға келдік. Сонымен қатар, көрсеткіштердің төмендеуі өмір сапасы жасына байланысты, ең алдымен, физикалық қызметпен байланысты.

Сауалнамаға сәйкес біз төмендегідей қорытынды жасай аламыз:

- сауалнаманың барлық шкалалары бойынша «EuroQol 5D (EQ-5D)» жұмыс істемейтіндердің және егде жастағы және кәрілік жастағы созылмалы аурулармен ауыратындардың өмір сүру сапасының көрсеткіштері төмендеді.

- Созылмалы патологиясы бар адамдарда үш шкала бойынша өмір сапасы төмен: «ұтқырлық», «өзін-өзі күту», «ауырсыну/ыңғайсыздық».
- жоғары материалдық байлығы бар егде жастағы және қарт адамдар өмір сапасының жоғары көрсеткіштеріне ие.

Егде жастағы және қарт жастағы адамдардың өмір сүру сапасы олардың денсаулық жағдайына, ең алдымен созылмалы патологияның болуына және полиморбидтілік деңгейіне тікелей байланысты, сондықтан егде жаста созылмалы ауруларды барабар емдеу, олардың өршуінің уақтылы алдын алу, оңалту шараларының кешені маңызды болып табылады.

Список литературы:

1. Marlena Krawczyk-Suszek, Andrzej Kleinrok. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;Jan;19(2):625. doi: 10.3390/ijerph19020625
2. Дробот ЕР, Пилипчак ЮВ. Качество жизни и социальные риски пенсионеров. Калуга. Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского; 2020.26:р.101-107. *Drobot ER, Pilipchak JuV. «Kachestvo zhizni i social'nye riski pensionerov». Kaluga Kaluzhskij gosudarstvennyj universitet im. K.E. Ciolkovskogo. 2020;26:101-107.(In Russ.)*
- 3) Краснова ОВ. Социальная психология старения Лидерс. Москва. Академия; 2021:288р. *Krasnova OV. Social'naja psihologija starenija. Lider. Moskov. Akademija. 2021:288. (In Russ.)*
- 4) Цапко МС. Качество жизни российского пенсионера. Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». 2017;7-15. *Capko MS. «Kachestvo zhizni rossijskogo pensionera». Vestnik RGGU. Serija «Filosofija. Sociologija. Iskusstvovedenie». 2017:7-15. (In Russ.)*
- 5) Мелехин АИ. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы Современная зарубежная психология. 2016;1:53–63. *Melehin AI. Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemnye voprosy. Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2016;1:53–63. (In Russ.)*
- 6) Gyu Ri Kim, Gopalakrishnan Netuveli, David Blane et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the NAPIEE study. *Aging Ment Health*. 2015;19(7):595–609. doi: 10.1080/13607863.2014.938605
- 7) Архангельский ВН, Денисенко МБ, Елизаров ВВ и др. Анализ положения в области народонаселения в Республике Казахстан. Отчет разработан при технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане. 2019 г. *Arhangel'skij VN, Denisenko MB, Elizarov VV, Zhusupov BS, Moldakulova G. M. Analiz polozhenija v oblasti narodonaselenija v Respublike Kazahstan. Otchet razrabotan pri tehnicheckoj podderzhke Fonda OON v oblasti narodonaselenija (JuNFPA) v Kazahstane. 2019.(In Russ.)*
- 8) Arstangaliev ZZh, Chernyshkova EV, Andriyanova EA. Practice of health-saving of modern working pensioners. *Modern Research of Social Problems*. 2015;7(51):41-51. <https://cyberleninka.ru/article/n/praktiki-zdoroviesberezheniya-sovremennyh-rabotajuschih-pensionerov/viewer>.
- 9) Прокопец ИО. Исследование проблем эмоционального состояния лиц пенсионного возраста, связанных с разными вариантами дальнейшего жизнеустройства. Гуманизация образования, 2016;5:34-42. *Prokopec IO. Issledovanie problem jemocional'nogo sostojanija lic pensionnogo vozrasta, svjazannyh s raznymi variantami*

Зерттеудің алынған нәтижелері, сондай-ақ ғылыми әдебиеттердегі қолда бар деректер адамдарды зейнетке шығуға дайындау бойынша арнайы жұмысты ұйымдастыру қажеттілігін растайды. Сондықтан, егде жастағы адамдар мен қарт адамдардың өмір сүру сапасын арттыру үшін зейнеткерлердің белсенді жұмыспен қамтылуын қамтамасыз ету, олардың денсаулығын жеке бағалау негізінде және өмір сапасының көрсеткіштерін ескере отырып, оларды әлеуметтік қолдау және медициналық қамтамасыз етуді ұйымдастыру мәселелерін қамтитын медициналық-әлеуметтік бағдарламалардың тиімділігін әзірлеу және бағалау қажет.

- dal'nejshego zhizneustrojstva. Gumanizacija obrazovanija. 2016;5:34-42. (In Russ.)*
- 10) Olena Oleksiyenko, Danuta Żczyńska-Ciołek. Structural Determinants of Workforce Participation after Retirement in Poland. *J Popul Ageing*. 2018;11(1):83-103.
- 11) Ахунова ЭР. Медико-социальная характеристика и особенности качества жизни, связанного со здоровьем, работающих и неработающих пожилых людей. Общественное здоровье и здравоохранение. 2014;1(41):98-102. *Ahunova ER. Mediko-social'naja harakteristika i osobennosti kachestva zhizni, svjazannogo so zdorov'em, rabotajushih i nerabotajushih pozhilyh ljudej. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie. 2014;1(41):98-102. (In Russ.)*
- 12) Шерстюк ВЮ. Социально-экономические аспекты повышения занятости пенсионеров Казахстана. *Economics. Law. State*. 2019;4(6):50-54. *Sherstjuk V.Ju. Social'no-jekonomicheskie aspekty povyshenija zanjatosti pensionerov Kazahstana. Economics. Law. State. 2019;4(6):50-54. (In Russ.)*
- 13) Halicka Katarzyna. Humanoids Improving the Quality of Life of Older People: The Case of Poland. *Lecture Notes in Networks and Systems*.2023;561:485-492. DOI 10.1007/978-3-031-18344-7_33
- 14) Кабашова ЕВ. Статистика демографического старения населения в странах мира. Теоретические и прикладные аспекты современной науки. 2014;6(4):156-158. *Kabashova EV. Statistika demograficheskogo starenija naselenija v stranah mira Teoreticheskie i prikladnye aspekty sovremennoj nauki. 2014;6(4):156-158. (In Russ.)*
- 15) Смирнова ТВ. Работа в пенсионном возрасте: мотивы, факторы влияния, результаты: Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. 2015;2(56):128-131. *Smirnova TV. Rabota v pensionnom vozraste: motivy, faktory vlijanija, rezul'taty. Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo social'no-jekonomicheskogo universiteta. 2015;2(56):128-131. (In Russ.)*
- 16) Lucie Kalousova, Carlos Mendes de Leon. Increase in frailty of older workers and retirees predicted by negative psychosocial working conditions on the job. *Social Science & Medicine* 2015;124:275-283. doi:10.1016/j.socmed.2014.11.055
- 17) Спирыкина ЯГ., Орлова НВ., Багаутдинов РХ., Бонкало ТИ. Программа "Активное долголетие" как важный элемент реабилитации пожилых пациентов в первичном звене здравоохранения. Москва: ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России. 2021;50. *Spirjakina JaG, Orlova NV, Bagautdinov RH, Bonkalo TI. Programma "aktivnoe dolgoletie" kak vazhnyj jelement rehabilitacii pozhilyh pacientov v pervichnom zvene zdavoohranenija. Moskva. FGAOU VO «Rossijskij nacional'nyj issledovatel'skij medicinskij universitet imeni N. I. Pirogova» Minzdrava Rossii. 2021;50. (In Russ.)*

ТҮПНҰСҚА МАҚАЛА

1.	М.А. Артыкбаева, С.Т. Тажбенова, М.Б. Курганбекова, К.Б. Турдалина COVID-19-БЕН АУЫРҒАН ПАЦИЕНТТЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫҢ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ: САПАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	53
2.	А.Ж. Бекниязова, Э.А. Қыдырбаева, П.А. Останин, А.К. Конкаев РЕЖИМЫ ВИБРОАКУСТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИСПЫТАНИЕ	62
3.	А.З. Жангиреева, Р.К. Алиева, Г.М. Изтлеуова, Ж.М. Балманова, В.А. Сейтбаева АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ КЕЗІНДЕ АУРУДЫҢ ӨРШҮІН БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ РЕТІНДЕ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ SCORAD ИНДЕКСІН ҚОЛДАНУЫ	68
4.	А.Т. Камалбек, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алекенова АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ (ӨСОА) ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АНАМНЕЗІН САУАЛНАМА КӨМЕГІМЕН ЗЕРТТЕУ	79
5.	А.А. Мамырбаев, С.К. Бермагамбетова, У.А. Сатыбалдиева, А.М. Баспакова, Г.А. Умарова, А. Аманжолқызы COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ РЕАКЦИЯЛАРЫ МЕН ӨМІР СҮРУ САПАСЫ	86
6.	И.Н. Фатеев ЗЕРТТЕУДІҢ МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫҚ-ТОМОГРАФИЯЛЫҚ ӘДІСІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША ЖАСЫНА ЖӘНЕ ЖЫНЫСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ БАУЫРДЫҢ ӨМІР БОЙЫ СИНТОПИЯСЫ	96
7.	М.И. Якупова, Р.К. Назарбаева АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ 60 ЖАСТАН АСҚАН ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖӘНЕ ЖҰМЫС ІСТЕМЕЙТІН ЗЕЙНЕТКЕРЛЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ КӨРСЕТКІШІ	102

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

1. М.А. Артыкбаева, С.Т. Тажбенова, М.Б. Курганбекова, К.Б. Турдалина
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ COVID-19 НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. 53
2. А.Ж. Бекниязова, Э.А. Кыдырбаева, П.А. Останин, А.К. Конкаев
РЕЖИМЫ ВИБРОАКУСТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИСПЫТАНИЕ. . 62
3. А.З. Жангиреева, Р.К. Алиева, Г.М. Изтлеуова, Ж.М. Балманова, В.А. Сейтбаева
ПРИМЕНЕНИЕ ПАЦИЕНТАМИ ИНДЕКСА SCORAD ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ КАК КОНТРОЛЬ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 68
4. А.Т. Камалбек, Р.К. Назарбаева, Н.У. Алекенова
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В ГОРОДЕ АКТОБЕ С ПОМОЩЬЮ АНКЕТИРОВАНИЯ 79
5. А.А. Мамырбаев, С.К. Бермагамбетова, У.А. Сатыбалдиева, А.М. Баспакова, Г.А. Умарова, А. Аманжолкызы
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19. 86
6. И.Н. Фатеев
ПРИЖИЗНЕННАЯ СИНТОПИЯ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ 96
7. Р.К. Назарбаева, М.И. Якупова
ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТАЮЩИХ И НЕРАБОТАЮЩИХ ПЕНСИОНЕРОВ СТАРШЕ 60-ТИ ЛЕТ ГОРОДА АКТОБЕ 102

ORIGINAL ARTICLE

1.	M.A.Artykbayeva, S.T.Tazhbenova, M.B. Kurganbekova, K.B. Turdalina MEDICAL REHABILITATION FOR THE PATIENTS WITH COVID-19 AT THE OUTPATIENT LEVEL: QUALITATIVE STUDY RESULTS	53
2.	A. Z. Bekniyazova, E.A. Kydyrbayeva, P.A.Ostanin, A.K. Konkayev MODES OF VIBROACOUSTIC PULMONARY THERAPY IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION COMPLICATED BY RESPIRATORY FAILURE: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL	62
3.	A. Z.Zhangireyeva, R. K. Aliyeva, G. M. Iztleuova, Zh. M.Balmanova, V. A. Seitbaeva SCORAD INDEX PATIENTS APPLICATION DURING ATOPIC DERMATITIS AS CONTROL AND PREVENTION OF DISEASE AGGRESSION	68
4.	A.T. Kamalbek, R.K. Nazarbaeva, N.U. Alekenova EPIDEMIOLOGICAL HISTORY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) SURVEY IN AKTOBE	79
5.	A.A. Mamyrbayev, S.K. Bermagambetova, U.A.Satybaldiyeva, A.M.Baspakova, G.A.Umarova, A. Amanzholkyzy PSYCHOLOGICAL REACTIONS AND POPULATION LIFE QUALITY DURING THE COVID-19 PANDEMIC	86
6.	I. N.Fateyev LIFETIME LIVER SYNTOPIA DEPENDING ON AGE AND GENDER ACCORDING TO THE MAGNETIC RESONANCE IMAGING METHOD RESULTS	96
7.	M.I.Yakupova, R.K. Nazarbaeva LIFE QUALITY INDICATOR OF WORKING AND NON-WORKING PENSIONERS OVER 60 YEARS OLD IN AKTOBE	102