

# Марат Оспанов атындағы БҚМУ КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЯСЫ

## XIV том 2021



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

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

Бас редактор: М.К. Телеуов  
Бас редактордың орынбасары:  
С.С. Сапарбаев  
Жауапты шығарушы редактор:  
В.И. Кононец  
Техникалық редактор: С.Д. Оразов  
Корректорлар: Ж.Қ. Қожабекова  
А.Б. Имашева  
А.С. Уркунова

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

Шыққан күні: 17.06.2021  
Таралымы 500 дана.  
Тапсырыс № 001439

Редакциялық-баспа орталығында басылып  
түптелді

### РЕДАКЦИЯЛЫҚ ҰЖЫМ

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

### РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС

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

### ЖАРИЯЛАНЫМҒА ЖАУАПТЫЛАР

Г.С. Дильмагамбетова  
Л.М. Жамалиева  
Ю.А. Замэ

# СЕРИЯ КОНФЕРЕНЦИЙ ЗКМУ имени Марата Оспанова

## XIV том 2021



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

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

Главный редактор: М.К. Телеуов  
Зам. главного редактора: С.С. Сапарбаев  
Ответственный выпускающий редактор: В.И. Кононец  
Технический редактор: С.Д. Оразов  
Корректоры: Ж.К. Кожобекова  
А.Б. Имашева  
А.С. Уркунова

Почтовый адрес редакции и типографии:  
030019, г. Ақтобе,  
ул. Маресьева, 68,  
морфологический корпус, 116 каб.  
тел./факс: 8/7132/56-23-87.

E-mail: [conference@zkgmu.kz](mailto:conference@zkgmu.kz)

Дата выпуска: 17.06.2021  
Тираж 500 экз.  
Заказ № 001439

Отпечатано в Редакционно-издательском центре

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

### ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК

Г.С. Дильмагамбетова  
Л.М. Жамалиева  
Ю.А. Замэ

**ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОТБАСЫЛЫҚ  
МЕДИЦИНА БОЙЫНША РЕЗИДЕНТУРА: ЖЕТІСТІКТЕРІ,  
ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖӘНЕ БОЛАШАҒЫ»  
(19-20 мамыр 2021 жыл)**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«РЕЗИДЕНТУРА ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ,  
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ»  
(19-20 мая 2021 года)**

А.А. АЗИМОВА<sup>1</sup>, Г.С. ОРОЗАЛИЕВА<sup>1</sup>, Н.Э. ЖУСУПБЕКОВА<sup>2</sup>, ЛУИ ЛУТАН<sup>3</sup>

## О СТРУКТУРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ

<sup>1</sup> Проект «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике», Бишкек, Кыргызстан

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызстан

<sup>3</sup> Университетские клиники Женевы (HUG), Швейцария

**Введение.** В соответствии с новым положением об ординатуре, отменена одногодичная интернатура по специальности «Семейная медицина». В новой двухгодичной программе ординатуры 90% составляет практическая подготовка и 10% - теоретическая подготовка посредством дистанционного обучения. После 3-х недельного вводного курса, ординаторы первый год проходят в стационарах, следуя индивидуальному плану и графику ротаций по пяти общеклиническим дисциплинам (педиатрия, терапия, хирургия, акушерство и гинекология и неотложная помощь). Вторым годом предполагает практическую подготовку в организациях здравоохранения первичного уровня. В 2018 году ординаторы семейной медицины приступили к обучению по новой программе.

**Цель исследования.** Для отслеживания процесса подготовки ординаторов семейной медицины, и с целью оценки удовлетворенности ординаторов программой обучения, в 2020 году проводились мониторинг и оценка внедрения программы ординатуры в клинических базах.

**Методы исследования.** Оценка была основана на опросе трех групп ключевых информантов: ординаторы, специалисты клинических баз и образовательных организаций с использованием полу-структурированных интервью. Оценка удовлетворенности ординаторов была проведена на основе вопросника. В анкетировании, проведенном в формате онлайн, приняло участие 327 ординаторов 1 года обучения и 165 ординаторов 2 года обучения по специальности «Семейная медицина». Были проведены фокус-групповые дискуссии с ординаторами.

**Результаты.** Четверть ординаторов (23%) проходили первый год обучения в ЦСМ/ГСВ, в разрез

учебной программы первого года ординатуры. 90% ординаторов второго года проходили ординатуру на первичном уровне (ЦСМ/ГСВ и ЦОВП), как это предполагает учебная программа. Более 40% ординаторов прошли 4 цикла ротации в стационаре, чаще всего это терапевтический, хирургический, педиатрический, акушерство и гинекология. Меньше всего ординаторы проходят подготовку по интенсивной терапии и реанимации. 26% ординаторов отметили, что прошли обучение только по одной специальности. Только 15% ординаторов прошли ротацию согласно программе обучения по всем 5 базовым дисциплинам. Регулярно посещают онлайн лекции 75% ординаторов, содержание онлайн лекций не всегда отвечает практическим потребностям ординаторов.

**Выводы.** Мониторинг обучающего процесса выявил определенные упущения в организации практического обучения в ординатуре. Индивидуальные учебные планы помогают эффективно организовать ротацию по циклам соответствующим программе, но имеется необходимость в усилении процесса администрирования последипломного медицинского образования со стороны образовательных организаций. На клинических базах выявлена потребность в обучении клинических наставников использованию инструментов мониторинга образовательного процесса, процедурам оценки и дачи отзыва ординаторам. В связи с эпидемией Covid-19 в учебном процессе уделять внимание инфекционному контролю, развитию навыков дистанционного консультирования, консультирования пациентов с острой реакцией на стресс и другим мягким навыкам.

А.С. БАБАДЖАНОВ, С.А. УБАЙДУЛЛАЕВА, Л.В. КАДОМЦЕВА

## ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** В Узбекистане с 2000 года ведется реформирование здравоохранения, в частности, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) сельскому населению. Основными принципами преобразований в этом звене стали: 1. Создание на селе вместо ФАПов сельских врачебных пунктов (СВП); 2. Оказание ПМСП в сельской местности не средними медработниками, а семейными врачами (СВ); 3. Нововведение последних лет - создание в крупных сельских поселениях сельских семейных поликлиник (ССП). В них помощь оказывают, помимо семейных врачей, некоторые узкие специалисты – акушер-гинеколог, педиатр, невропатолог, хирург. К настоящему времени накоплен определенный опыт деятельности по новым технологиям организации ПМСП.

**Цель исследования.** Дать оценку эффективности новых форм организации ПМСП сельскому населению и провести анализ их преимуществ и недостатков.

**Материалы и методы исследования.** Методом случайной выборки выделено два района в двух соседних областях – Джизакской (Зарбдорский район) и Сырдарьинской (Гулистанский район), которые отличаются только большей плотностью населения в Джизакской области. В обеих областях в СВП обслуживается от 3 до 5,5 тысяч населения, в СПП – от 6,4 до 15 тысяч человек. Повсеместно имеет место дефицит СВ – каждый специалист работает на четыре ставки. Проведено анкетирование населения – по 2000 опрошенных в каждом из районов, а также СВ – по 30 СВ

в каждом районе. У населения выясняли уровень удовлетворенности медицинским обслуживанием в СВП и СПП, и какие конкретно проблемы, а у СВ – удовлетворенность своей работой и какие имеются проблемы. Результаты опроса оказались практически одинаковыми, поэтому они анализировались без разбивки по областям.

**Результаты:** В таблице приведены результаты опросов населения и СВ.

Претензии населения к ПМСП: 1. Отсутствие у СВ навыков по узким специальностям. 2. Сложность получения специализированной помощи.

Причины неудовлетворенности СВ: 1. Перегруженность по работе. 2. Недостаток знаний и умений по смежным специальностям.

### Выводы.

1. Основная причина неудовлетворенности населения ПМСП – сложности в получении специализированной помощи.

2. Нуждается в активизации преподавание в вузе по смежным специальностям (ЛОР, офтальмология, гинекология, неврология и др.).

3. Не в полной мере используется потенциал стационарзамещающих технологий (проводится симптоматическая, а не этиопатогенетическая терапия).

4. Для преодоления дефицита СВ целесообразно рассмотреть вопрос восстановления интернатуры по специальности СВ.

Таблица. Данные опросов населения и СВ

Тип ЛПУ	Население				СВ			
	Недоволен	Скорее недоволен	Скорее доволен	Доволен	Недоволен	Скорее недоволен	Скорее доволен	Доволен
ССП	8%	38%	48%	6%	23%	25%	26%	26%
СВП	17%	42%	38%	3%	25%	26%	25%	24%

А.О. БАЙЗУЛЛИНА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ON-LINE РЕСУРСОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТКРЫТОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ НА ТЕМУ «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В ПМСП»

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

Проведение открытого занятия значительно отличается от обычного. В педагогике под проведением открытого занятия понимается специально подготовленная форма организации методической работы во время текущего учебного процесса. На открытом занятии преподаватель демонстрирует коллегам свой положительный или инновационный опыт, реализацию методической идеи, применение методического приема или метода обучения. В этом смысле открытое занятие — средство распространения позитивного и инновационного опыта.

Быстрое и прогрессивное развитие информационных технологии способствовало широкому применению дистанционных форм обучения. На сегодняшний день, дистанционное обучение является одним из современных, альтернативных и прогрессивных форм обучения.

С резидентами первого года обучения по специальности 7R038 «Семейная медицина» проведено открытое практическое занятие на тему: «Реабилитация после инсульта в ПМСП». Выбор темы открытого занятия был определен большой практической значимостью. Актуальность проблемы церебрального ишемического инсульта определяется ее медицинской и социальной значимостью ввиду высокой частоты, инвалидизации и смертности от этого тяжелого заболевания. С целью обеспечения пациентов

квалифицированной реабилитацией Министерство здравоохранения РК все активнее инициирует программы развития профилактической медицины, реабилитологии, разрабатываются и внедряются стандарты помощи, проводятся обучения специалистов.

В начале занятия преподаватель обозначила цели и задачи занятия, после чего начались интерактивные формы работы, с использованием современных методик и технологий. На занятии использованы видеоролики с наглядной демонстрацией методов реабилитации после инсульта, проведены пре- и посттесты, запущенные на платформе Google, для контроля усвоения материала. Присутствовавшие студенты задавали вопросы. Занятие разработано с учетом специфики обучаемых – студентов медицинского университета. Важная и полезная информация, которую студенты извлекли из показанных видеороликов, пригодится им в будущей профессиональной деятельности. В завершение резидентам были предложены вопросы для обратной связи.

В процессе обсуждения отмечено, что применение инновационных методов обучения способствует повышению качества знаний и интереса со стороны студентов. Преподаватели кафедры выразили удовлетворение качеством занятия и подчеркнули необходимость проведения открытых занятий для обмена опытом.

Н.Н. БРИМКУЛОВ, Г.С. ОРОЗАЛИЕВА, Ш. ТАЛАПБЕК КЫЗЫ, Э.Т. АСТАНОВА

**ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

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

**Актуальность.** Пандемия COVID-19 привела к крупнейшему за всю историю сбою в функционировании систем всех уровней образования, коснувшись 94% или 1,6 миллиарда учащихся на всех континентах (ООН, 2020). Небывалые трудности решались на глобальном уровне массовым переходом на дистанционные режимы образования. Однако медицинское образование, особенно на последипломном уровне, связано с формированием клинических компетенций, практически невозможного без личного взаимодействия будущего врача с преподавателем и пациентом. Это особенно актуально для специальности “Семейная медицина”, учитывая исключительную широту необходимых компетенций семейных врачей, включая как коммуникативные навыки, так и обширный спектр практических манипуляций и процедур.

**Цель исследования.** Нашей целью был анализ подходов к последипломной подготовке семейных врачей в период пандемии в условиях Кыргызстана.

**Методы исследования.** Проведен анализ нормативной базы документов медицинского образования Минздрава Кыргызстана, а также обзор литературы.

**Результаты.** В условиях пандемии COVID-19 медицинское образование столкнулось с рядом глобальных проблем, которые с учетом специфики специальности семейная медицина создали многочисленные препятствия к освоению необходимых навыков и компетенций. Среди основных проблем, имеющих первостепенное значение для последипломной подготовки семейного врача в период пандемии COVID-19, можно указать отсутствие доказательной информации по путям передачи, диагностике, лечению, осложнениям, профилактике заболевания на первом этапе; необходимость обеспечения эпидемиологической безопасности для ординаторов, продолживших практическое обучение в реальных клинических условиях

стационаров или амбулаторных учреждений. При этом необходимо подчеркнуть, что в условиях резко возросшей потребности населения и системы здравоохранения в медицинских кадрах, именно семейные врачи и клинические ординаторы, как их помощники, интенсивно привлекались для оказания медицинской помощи.

В этих условиях, для поддержания эффективного образовательного процесса был реализован ряд мероприятий, включающий в том числе:

1) максимально возможный перевод теоретических занятий (лекций), семинаров и клинических разборов в дистанционный формат с использованием различных платформ;

2) коррекция учебной программы (включение модуля “Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика и лечение, профилактика COVID-19”, блока практических навыков по санитарно-гигиеническим компетенциям, блока по принципам телемедицинских консультаций и коммуникативным навыкам и др.) и проведение обучения всех ординаторов по данной теме в он-лайн и офф-лайн режимах;

3) участие кафедры семейной медицины в подготовке “Временного клинического руководства по COVID-19” и алгоритмов для ПМСП;

4) проведение мониторинга и оценки результатов обучения путем тестирования в дистанционном режиме;

5) усиление коммуникации со всеми ординаторами для консультативной и психологической поддержки на основе телемедицинских подходов.

**Выводы.** Пандемия COVID-19 вызвала шок в системах образования, но, в то же время, стала стимулом для интенсивной разработки новых технологий, в первую очередь, разных вариантов дистанционного, он-лайн и цифрового обучения.

А.Н. ЗИНАЛИЕВА, І. ГИНИЯТ, А.АСЫЛХАНОВ

## 2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ

Марата Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

**Өзектілігі.** Қант диабеті көп таралған аурулардың бірі болып саналады, шамамен әлемде 463 миллион ересек адам (20-79 жас) қант диабетімен өмір сүреді; 2045 жылға қарай 700 миллионға дейін өседі деп күтілуде. Қазіргі уақытта қант диабетімен ауыратын ересектердің 79 пайызытабысы төмен және орташа елдерде тұрады. Созылмалы түрде өтетін ауру денсаулыққа әсер етіп, сонымен қатар өмір сапасын да өзгертеді. Әсіресе бұл аурумен ауыратын науқастарда эмоционалдық бұзылыстар басым. Эмоционалды стресс асқынулардың көбеюіне әкеледі.

**Зерттеу мақсаты:** 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастардың өмір сапасын бағалау.

**Зерттеу әдістері:** Ақтөбе қаласының №2 және №4 емханасында 2 типті қант диабетімен есепте тұрған науқастардың өмір сапасын sf-36 сауалнамасымен бағалау. Сауалнамаға 18-70 жастағы науқастар алынды. Зерттеу дизайны: көлденең клиникалық зерттеу, кездейсоқ кластерлі репрезентативті іріктеу.

**Стат анализ:** сипаттама статистикасы.

**Нәтижелері:** Зерттеуге 100 науқас алынды, олардың 62 әйел, ал 38 ер адам, олардың орташа жасы 63,92 ± 1,07. Денсаулықтың жалпы жағдайы (GH) – №2 емханада қант диабетімен есепте тұрған науқастардың №2

емханамен салыстырғанда 0,5 балға жоғары №4 емхана науқастарында. Өмір белсенділігі (VT) №4 4,2 балға төмен, №2 емханамен салыстырғанда. Әлеуметтік қызметі (SF) – №4 емханада төмен 4,3 балға, №2 емханамен салыстырғанда. Эмоционалдық белсенділіктің төмендеуі әлеуметтік контактілерге теріс әсер етіп, қарым-қатынастарын шектейді. Ролдік қызметі (RE) – №4 емханада 1,3 балға жоғары.

Психикалық денсаулығы (MH) – №4 емханада 1,3 балға төмен №2 емханамен салыстырғанда. Студент t критерийі- GH-0,141542; SF-0,738106; MH-0,414-7369; PH2-Студент t критерийі- GH-0,141542; SF-0,738106; MH-0,414-7369; PH2-0.959859, Хи –квадрат Пирсона 0,00414, Өмір сүру сапасы №4 және №2 емханада статистикалық мәнді ( $p < 0,05$ ).

**Қорытынды:** Қант диабетімен ауыратын науқастардың өмір сапасына көптеген факторлар әсер етуде, оларға аурудың ұзақтығы мен асқынулар: невропатия мен нейропатиялар, ангиопатиялар, диабеттік ретинопатиялар, артериялық гипертензия. Инсулинге тәуелді науқастарда функционалдық мүмкіндіктерінің төмендеуі мен мазасыздық және депрессия басымдығы анықталды.



Л.В. КАДОМЦЕВА, Н.В. ПОЛИКАРПОВА, Ф.Р. МИРЗАКАРИМОВА, С.Ш.ПУЛАТОВА

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С СРК, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Целью нашего исследования явилось изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных с СРК, обучавшихся в школе здоровья.

**Методы исследования.** В исследование были включены 56 больных с СРК. Диагноз был установлен с учетом рекомендаций ВОЗ. Женщины составили 47 (83,9%), мужчины 9 (16,07%). Средний возраст пациентов  $52,7 \pm 0,49$ . Длительность заболевания в среднем колебалась  $10,6 \pm 12$  лет. 17 из них имели избыточную массу тела. Все пациенты разделены были на 2 группы. Первая группа состояла из 40 пациентов, обучавшихся в школе здоровья. Вторая группа из 16 больных с СРК не проходивших обучение. У больных обеих групп был выявлен уровень тревожности как свойство личности (личностная тревожность) и как актуальное состояние (реактивная тревожность) с помощью теста Ч.Д. Спилбергера (1975, 1983), адаптированный Ю.Л. Ханиным. Степень тревожности при показателях 30 баллов расценивалась как низкая, при 31-45 баллов - как средняя, при более 48 - высокая. Для выявления депрессии все больные заполняли шкалу Центра эпидемиологических исследований (Center for Epidemiological Studies Depression-CES-D), которая состоит из 20 вопросов, касающихся эмоционального состояния больного. «Депрессивное расстройство» ставилось пациентам, набравшим 19 и более баллов. Обучение пациентов в школе здоровья проводилось соответственно методическим рекомендациям. Проводилось 7 занятий в группах из 6-8 человек, которые формировались на основании уровня интеллекта, образования, интересов. Такой подход группового психотерапевтического эффекта повышал

способность больных к усвоению учебного материала. Обсуждение, дискуссии проблем для каждого пациента позволяло сплотить группу и выработать активную позицию. Метод изложения материала беседа-лекция. Особое внимание уделялось немедикаментозным воздействиям, оптимизации образа жизни. Некоторые занятия были посвящены обоснованию и принципам медикаментозной терапии.

**Результаты.** Результаты показали, что в исходном состоянии у 62,3% и 57,8% больных первой группы и у 61,2 и 58,5% пациентов второй группы обнаружено повышение уровня личностной и реактивной тревожности. Депрессивные нарушения наблюдались у 47,8% пациентов первой группы и у 46,8% больных второй группы. При повторном анкетировании наблюдалось снижение показателей тревожно-депрессивного состояния по сравнению с исходными значениями, так и с группой сравнения. Было отмечено уменьшение личностной с  $49,91 \pm 1,35$  до  $45,39 \pm 1,28$  баллов и реактивной тревожности с  $45,39 \pm 1,10$  до  $41,87 \pm 1,14$  баллов. Суммарный балл CES-D, который отражал депрессивное состояние, снизился с  $24,13 \pm 1,24$  до  $20,63 \pm 1,5$  баллов. У второй группы больных показатели оказались недостоверными.

**Выводы.** Таким образом, групповые обучающие программы на фоне медикаментозной терапии способствуют адекватному снижению тревожно-депрессивного состояния и приводит к частичной редукции тревожно-депрессивной симптоматики.

А.Р. КАШКИНБАЕВА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА, Ю.А.ЗАМЭ

## ОЦЕНКА ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ В РЕЗИДЕНТУРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗКМУ

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

**Актуальность.** В медицинском образовании Казахстана все большее внимание уделяется обучению с учетом потребностей и вопросам здоровья населения. Подготовка семейных врачей по программе резидентуры в нашем вузе имеет 2-х летнюю историю. Каждый вуз разработал свою программу по развитию компетенций будущих врачей семейной медицины. В ЗКМУ имени Марата Оспанова, для того чтобы адекватно освоить программу резидентуры по семейной медицине, включены вопросы детской неврологии, которые позволили интегрировано освоить навыки неврологического осмотра и оценки неврологического статуса у детей до года по методу Хаммерсмита. В данной работе представлена модель обучения и ее оценка.

**Цель исследования.** Целью этого проекта было разработать образовательную программу по детской неврологии для резидентов по семейной медицине используя те вопросы, которые не были ими изучены на ранних этапах образовательной программы и оценить ее. Основное внимание уделялось оценке способности резидентов правильно интерпретировать неврологический статус детей с задержкой моторного развития по методу Хаммерсмита; способность управлять такими детьми и правильно коммуницировать с родителями.

**Методы исследования.** Обратная связь от 29 резидентов после месяца обучения по курсу детская

неврология с интегрированным разбором клинического случая, используя методику Хаммерсмита.

**Результаты.** Обратная связь от резидентов после обучения выявила три фактора: (А) убеждения, сосредоточенные на способности резидента правильно понимать проблемы пациентов с задержкой моторного развития (В) убеждения относительно воздействия программы на резидента и (С) убеждения о себе - профессиональные навыки. Сравнение с ответами в конце программы показало тенденцию к улучшению клинических способностей, относящихся к повышению важности программы и значительному повышению уверенности в себе и профессиональных навыках.

Резиденты, овладевшие этими компетенциями, смогут более эффективно работать в качестве врачей семейной медицины, по навыкам неврологического осмотра и оценки неврологического статуса у детей с задержкой моторного развития по Хаммерсмиту.

**Выводы.** Результаты оценки показывают, что эта обучающая программа достигла своих целей не только за счет улучшения знаний и навыков резидентов, но и за счет положительного изменения отношения к ведению таких пациентов с разбором всех социальных проблем. Учитывая наши положительные результаты, рекомендуется включить аналогичные программы обучения в курсы повышения квалификации врачей общей практики и детских неврологов.

А.С. КИНЖЕБАЕВА

**ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

Житикаринская районная больница, Житикара, Казахстан

**Актуальность.** Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой одну из важных проблем, которая остается актуальной для здравоохранения. Современные исследования, позволяют утверждать, что ВБИ возникают у 5-12% больных, поступающих в лечебные учреждения. В США, Германии число случаев ВБИ ежегодно составляет примерно 1% населения. В Республике Казахстан ежегодно регистрируется более 200 случаев.

По данным мониторинга за ВБИ в Казахстане регистрируются в основном гнойно-септические инфекции (ГСИ). Ведущая роль в регистрации ГСИ, принадлежит учреждениям родовспоможения – более 50% всех случаев. В большинстве своем случаи ГСИ регистрируются при обращении больного за медицинской помощью после выписки из стационара.

В учреждениях родовспоможения ГСИ регистрируются среди родильниц в виде осложнений после родов и операции кесарево сечения. Предполагаемые причины ГСИ: несоблюдение правил асептики и антисептики, неадекватная антибиотикотерапия и другие.

В этиологической структуре ГСИ новорожденных преобладают инфекции кожи. Лабораторное подтверждение составляет 100%. В микробном пейзаже возбудителей преобладает золотистый стафилококк. Высокий уровень заболеваний кожи у новорожденных связан с несоблюдением правил ухода за новорожденным.

**Цель исследования.** Изучить количество случаев, регистрируемых в Житикаринской районной больнице.

**Материалы исследования.** Изучение материалов проб на наличие ВБИ, взятых за последние четыре месяца в Житикаринской районной больнице.

**Результаты исследования.** В Житикаринской районной больнице за последние несколько лет случаи ВБИ не регистрировались. Ежемесячно проводится лабораторный самоконтроль. Так, за четыре месяца проведено 96 обследований персонала, 193 исследований с оборудования, взято 60 проб воздуха, 3795 исследований на скрытую кровь и остатки моющих средств. Положительных случаев не было выявлено.

Проведение эффективных противоэпидемических мероприятий, выполнение алгоритмов, в первую очередь алгоритма мытья рук способствует снижению случаев ВБИ.

**Выводы.** Предупреждение внутрибольничного инфицирования достигается за счет:

- программы инфекционного контроля;
- лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ВБИ;
- дезинфекционных и стерилизационных мероприятий;
- стратегии и тактики применения антибиотиков и химиопрепаратов;
- профилактики ВБИ медицинского персонала.

Г.К. КОШМАГАНБЕТОВА

**ВАЖНОСТЬ НАУЧНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОГРАММЕ РЕЗИДЕНТУРЫ**

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

Научные компетенции очень важны для врачей, не только для проведения достоверных исследований, но и для ухода за пациентами. Однако растет беспокойство по поводу того, что отсутствие научных знаний у врачей-резидентов может привести к ухудшению качества биомедицинских исследований. Как известно, после окончания обучения в резидентуре выпускники, заинтересованные в научной деятельности, могут поступать на программы докторантуры, при обучении в которой испытывают определенные трудности, по сравнению с выпускниками магистратуры.

На наш взгляд, одной из причин этого является отсутствие в программе резидентуры научной подготовки в настоящее время. Ранее, до 2019 года, в учебную программу резидентуры входила дисциплина «Менеджмент научных исследований», в рамках которой резиденты приобретали основные исследовательские навыки. Резиденты самостоятельно готовили презентации проектов научных исследований с

раскрытием следующих моментов: исследовательский вопрос, исследовательская гипотеза, цель, задачи исследования, дизайн, стратегия формирования выборки, этические аспекты исследования с последующей защитой проектов, проводили критическую оценку статей, работали в базах данных. Проводимый анализ обратной связи от резидентов показывал высокую удовлетворенность у резидентов полученными навыками и знаниями научной подготовки.

Необходимо расширять возможности научного преподавания для потенциального улучшения научной подготовки. Научная подготовка должна следовать целостному подходу, основанному на трех важных моментах:

- 1) основная научная учебная программа;
- 2) внутриучебные исследовательские проекты;
- 3) специальные исследовательские программы для резидентов, сильно заинтересованных в медицинских исследованиях.

М.А. МАМЫРБАЕВА

**АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОМ  
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

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

В целом, в структуре причин неблагоприятных медицинских исходов – плохая коммуникация (врач-пациент, врач-врач) составляет 67% и стоит на первом месте (Joint Commission, 1995-2005). В Казахстане не ведется официальная статистика врачебных ошибок, а уровень медпомощи оценивается по жалобам пациентов. Более 4 тыс. жалоб на качество оказания медпомощи поступает ежегодно от казахстанцев. Из них 70% составляют жалобы на качество лечения и нарушение этики.

Совершенствование коммуникативной компетентности является целью подготовки семейного врача.

Успешность общения зависит от умения слушать собеседника. В слушании важно давать обратную связь собеседнику. Секрет прост – это способность дать собеседнику понять, что мы его не просто слушаем, но и слышим, понимаем его точку зрения, поддерживаем, разделяем чувства. Слушание – активный процесс и в том смысле, оно требует определенных навыков. Слушание на самом деле является умением общаться, и учиться этому надо в первую очередь, поскольку слушать приходится часто. Кроме того, из всех видов общения умению слушать меньше всего учатся и его меньше всего совершенствуют.

Все эти преимущества даёт так называемое «активное» или эмпатическое слушание, подразумевающее

применение специальных приёмов участия в беседе и выражения собственных переживаний и соображений. Навык Активное слушание - это техника, позволяющая точнее понимать психологическое состояние, чувства, мысли собеседника с помощью особых приёмов участия в беседе, подразумевающих активное выражение собственных переживаний и соображений. Для этого применяются следующие приемы активного слушания, такие, как - Поощрение, Одобрение, Пауза, Уточнение, Повтор, Пересказ (Парафраз). Отражение чувств, Эмпатия (сопереживание), Обобщение (резюме).

По существу, рефлексивное слушание является объективной обратной связью с говорящим, используемой в качестве контроля точности восприятия услышанного. Эти приемы называют «активным слушанием», потому что слушающий более активно, чем при нерефлексивном слушании, использует словесную форму для подтверждения понимания сообщения говорящего. И все же, как уже говорилось ранее, «слушать» в отличие от «слышать» по существу является активным процессом.

В рамках госпрограммы развития здравоохранения на 2020-2025 годы имеются индикаторы, достижение которых напрямую зависит от качества медицинских услуг.

## ИЗУЧЕНИЕ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА IRI (МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ)

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

**Актуальность.** Основой для профессионального общения медицинского работника с пациентом является эмпатия. Эмпатия - это преимущественно когнитивное (в противоположность аффективному или эмоциональному) качество, включающее понимание (в противоположность чувствованию) страданий, ощущений, опасений и представлений пациента в сочетании со способностью донести до больного это понимание и намерение помочь (Davis M.H.). Сочувствие важно для ухода за пациентом. Чуткие врачи получают большее удовлетворение от работы и психологическое благополучие, а пациенты, в свою очередь, испытывают комфорт, больше доверяют врачу, что приводит к более точной диагностике, совместному принятию решений и повышению комплаенса. Уровень эмпатии измеряется с помощью разных опросников: Шкала сочувствия Джефферсона (JSPE), Шкалы Меграбяна и Бойко. Наиболее валидным и доступным является опросник межперсональной реактивности, опросник Дэвиса, IRI, состоящий из 28 пунктов, разбитых по 4 шкалам. При ответах в опроснике используется шкала от 1 — «полностью не согласен» до 5 — «полностью согласен».

**Цель исследования.** Провести литературный обзор по изучению эмпатии у студентов медицинских вузов с помощью опросника IRI.

**Методы исследования.** Мы проанализировали результаты исследований эмпатии у студентов-медиков с помощью опросника IRI за последние 5 лет, опубликованные в PubMed.

**Результаты.** Помимо количественного измерения эмпатии по 4-м шкалам авторы публикаций искали ответы на вопросы: отличается ли уровень эмпатии у студентов первого и старших курсов и у студентов мужского и женского пола. В 2016 году в Великобритании было опубликовано данные онлайн-опроса, проведенного в 17 медицинских школах Великобритании, Ирландии и Новой Зеландии в 2013-2014 г.г. (Thelma A. Quinceetal). Анализ ответов 2500 студентов показал, что студентки набирали значительно более высокие

баллы чем студенты мужского пола. Однако не было значительной разницы в баллах по любому показателю эмпатии между студентами первого и последнего года обучения, как среди мужчин, так и среди женщин. Основная цель исследования, проведенного в Бразилии (Aguiar, Storde et al., 2017г.), заключалась в изучении взаимосвязи между эмпатией и личностными качествами студентов-медиков. 197 студентов из государственной бразильской медицинской школы, заполнили IRI для оценки эмпатии через его четыре конструкции-эмпатическая забота (ЕС), личный дистресс (PD), фантазия (F) и восприятие перспективы (PT) и Big Five Inventory (BFI) для исследования личностных черт (невротизм, экстраверсия, открытость, доброжелательность и добросовестность). Результаты показали, что экстраверсия положительно коррелирует с ЕС и отрицательно с PD, доброжелательность имеет положительную связь с ЕС и PT, невротизм положительно связан с ЕС и F, но отрицательно с PT, открытость положительно связана со взглядом на PT. Выявлены специфические ассоциации между эмпатией и разными личностными качествами. Студентки набрали значительно более высокие баллы по мерам сочувствия, чем студенты. Исследование Teresa Guilera et al., Испания, 2017 г. показало, что эмпатия была выше у женщин по шкалам IRI- F, IRI- ЕС. Шкала IRI-F была единственной шкалой, которая увеличивалась во время последующего наблюдения. Уровень эмпатии не снижался с прохождением обучения в медицинском вузе. Похожие результаты были получены в исследовании Kyong-Jee Kim et al., Южная Корея, 2019 г., 97 студентов. Общая оценка эмпатии студентов не изменилась со временем, но учащиеся с более низким уровнем эмпатии на предварительном тесте значительно улучшили свои показатели эмпатии за семестр.

**Выводы.** Анализ представленных данных позволяет сделать выводы, что уровень эмпатии у студентов медицинских вузов не снижается с прохождением обучения, студентки демонстрируют более высокий уровень эмпатии, чем их сверстники мужского пола..

Г.С. ОРОЗАЛИЕВА, Д.К. МАМБЕТАЛИЕВА, Н.Н. БРИМКУЛОВ, ЛУИ ЛУТАН

**ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ:  
ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ**<sup>1</sup>Проект «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике», Бишкек, Кыргызстан<sup>2</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан<sup>3</sup>Университетские клиники Женевы (HUG), Швейцария

**Актуальность.** В последние несколько лет в Кыргызстане идет активный процесс реформирования медицинского образования, как часть реформ системы здравоохранения. В соответствии с новой концепцией, последипломное медицинское образование - это практическая подготовка на клинических базах, с вовлечением ординаторов в оказание медико-профилактической помощи населению с предоставлением заработной платы. Возросла роль и ответственность клинических баз в последипломной подготовке медицинских кадров. Стандарты последипломного образования определяют профессиональные медицинские ассоциации. Основной акцент в реализации данных стандартов сделан на специфике подготовки семейных врачей.

**Цель исследования.** Для реализации новой концепции последипломного образования, и с целью определения перечня областных и районных организаций здравоохранения для осуществления последипломной подготовки ординаторов, проведены оценка потенциала клинических баз, оценка удовлетворенности ординаторов клинической базой прохождения ординатуры, обеспечением доступа к пациентам и заработной платой.

**Методы исследования.** Для проведения оценки потенциала клинических баз были определены критерии отбора, проведен сбор и анализ статистической информации Центра электронного здравоохранения по организациям здравоохранения республики, на основе исследовательского инструмента, разработанного экспертами Женевского университета. Проведены полу-структурированные интервью с руководителями организаций здравоохранения и анкетирование ординаторов. Была изучена деятельность 146 организаций

здравоохранения по стране, из них 72 организации первичного звена здравоохранения и 74 стационарного уровня.

**Результаты.** Минимальным требованиям, предъявляемым к клиническим базам, полностью или частично соответствуют 118 организаций здравоохранения, из них на первичном уровне 60 организаций и 58 стационаров. Определены нормативы нагрузки ординаторов на клинической базе, проведен расчет потенциального количества ординаторов, которые могут принять организации здравоохранения и обеспечить клиническое наставничество, доступ к пациентам и предоставить заработную плату. По специальности «Семейная медицина», 85% ординаторов 2 года отметили, что самостоятельно ведут пациентов, для ординаторов по узким специальностям этот показатель составил 53%. О получении заработной платы на 2-м году обучения сообщили 70% ординаторов семейной медицины. Наибольшее количество ординаторов, которые получают заработную плату, работают на уровне ПМСП.

**Выводы.** Новая парадигма последипломного образования способствует большей самостоятельности и ответственности ординаторов, улучшает доступ к пациентам и способствует улучшению практических навыков у ординаторов. Установление норм нагрузки для ординаторов и минимальных требований к клиническим базам позволяет регулировать количество ординаторов на клинических базах. Организации здравоохранения ПМСП в большей мере стали использоваться в качестве клинических баз. Они имеют больше возможностей для предоставления заработной платы ординаторам за счет наличия свободных вакансий. Ординаторы включены в штат ЦСМ.

Т.П.ОСТРЕЦОВА

**МИРОВЫЕ СТАНДАРТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТРЁХУРОВНЕВОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

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

Все медицинские работники должны уметь правильно оказывать паллиативную помощь, поэтому они нуждаются в обучении, проводимом в соответствии с самыми высокими стандартами, что позволит им эффективно учитывать потребности пациентов и их семей. При организации обучения необходимо использовать трёхуровневую систему, которая включает в себя паллиативный подход, общую паллиативную помощь и специализированную паллиативную помощь, что должно учитываться при составлении учебных планов и разработке методических материалов.

Задачи обучения заключаются в том, чтобы показать, что процесс лечения — это не только диагностические исследования и лечебные процедуры; при оказании медицинской помощи пациент должен рассматриваться как единое целое, то есть лечить следует больного, а не болезнь (это есть холистический подход); показать, как облегчить тягостные симптомы, приносящие страдание больному (боль и др.), с применением фармакологических средств и нефармакологических методов; показать, что оказание паллиативной помощи пациентам и их родственникам — это процесс, который включает не только проведение мероприятий в кризисных ситуациях, но также заблаговременное проведение терапии и внимательное наблюдение; показать, что для удовлетворения потребностей, желаний каждого пациента и его родственников в соответствии с их ценностями при осуществлении ухода и лечения необходим индивидуальный подход.

Образовательные стратегии заключаются в том, чтобы достаточно времени уделялось практическим занятиям, в том числе в стационарных отделениях и поликлиниках, совместно с сотрудниками, непосредственно оказывающим помощь пациентам.

Приоритетным направлением следует считать

разбор и обсуждение действий, осуществлённых в конкретной ситуации при оказании помощи пациенту. Для укрепления взаимодействия следует поощрять межпрофессиональное и командное обучение путём проведения семинаров, вебинаров и тренингов для специалистов различного профиля.

При распределении часов учебной программы ведущая роль отводится купированию боли и других тягостных симптомов (50%). На психосоциальные и духовные аспекты отводится 20%, на вопросы общения - 15%, и на теоретические вопросы по 5%. Очень важным моментом в организации обучения является проведение оценки и получение «обратной связи», в результате чего можно оценить удовлетворённость обучающихся и учесть их пожелания и замечания в дальнейшей работе. Последипломное обучение предусматривает обучение резидентов и специалистов, работающих в практическом здравоохранении.

Наш опыт обучения паллиативной помощи складывается из деятельности, проводимой по развитию паллиативной помощи в РК филиалом ОО АСВК, учебным центром КАПП, а также проведением занятий с врачами в Центре непрерывного профессионального развития и резидентами, обучающимся по специальности «Семейная медицина» на базе Центра СМ и ИПП НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова». Всего за период с 2013 по 2020 годы было проведено 89 семинаров и тренингов, в которых приняли участие 4332 слушателя (врачей, медсестёр, психологов, соцработников) в 10 городах и двух областях Казахстана. В 2021 году было проведено 9 вебинаров, прошли обучение 49 резидентов. Таким образом, использование международных стандартов и рекомендаций позволит эффективно проводить обучение паллиативной помощи на всех уровнях её оказания.



К.Ж. САКИЕВА

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

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

**Актуальность.** В настоящее время главной задачей акушерства является снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, что способствует улучшению здоровья будущих поколений. Решение этой проблемы в первую очередь связано с разработкой рациональной тактики ведения беременных с различной акушерской и перинатальной патологией и оптимизацией ведения родов. Проблема гипертоний (эклампсия, преэклампсия и гипертония, вызванная беременностью) остается актуальной, частота ее составляет от 8-16% среди всех беременных. Гипертензивные состояния занимают 2-3 место в структуре материнской смертности, являясь одновременно основной причиной неблагоприятных перинатальных исходов.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения беременности, родов у женщин и состояние новорожденного в зависимости от тяжести гипертензивных состояний.

**Методы исследования.** Мы провели ретроспективный анализ у 50 рожениц с преэклампсией легкой степени и у 50 рожениц с тяжелой преэклампсией в ГКБ, г. Актобе. Возраст беременных женщин составил от 18- 42 (средний возраст  $32 \pm 0,57$  лет).

**Результаты.** При ретроспективном анализе за 2020 год было выявлено 7334 родов, из них с

преэклампсией легкой степени 105 родов, что составило 1,4%, а с преэклампсией тяжелой степени - 81 (1,1%). Для нашего исследования решено провести ретроспективный анализ по 50 рожениц с легкой и тяжелой преэклампсией. По сроку вставания на учет при сроке до 12 недель беременности на учет встали при преэклампсии легкой степени 16 (59,3%), после 12 недель 11 (40,7%). При преэклампсии тяжелой степени до 12 недель 20(53%), после 12 недель 18 (47%). Преэклампсия легкой степени было у 35 (70%) первородящих и у 15 (30%) повторнородящих, а при преэклампсией тяжелой степени соответственно 24 (48%), 26 (52%). Преждевременные роды произошли у 22 (44%) женщин с преэклампсией легкой степени, при преэклампсии тяжелой степени у 27 (54%). Роды закончились оперативным путем при преэклампсии легкой степени у 7 (14%) женщин, с преэклампсией тяжелой степени - 27 (54%). По результатам нашего анализа при преэклампсии легкой степени родилось 21 (75%) новорожденных с низкой массой тела, с преэклампсией тяжелой степени - 23 (63,9%).

**Выводы.** Таким образом, течение беременности и родов с преэклампсией приводит к преждевременным родам, и в значительной степени рождению детей с низкой массой тела.

**ОБЗОР ЭЛЕКТРОННЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

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

**Актуальность.** Во всем мире происходит увеличение распространенности сахарного диабета. По данным Международной Диабетической Федерации численность пациентов с СД в возрасте 20-79 лет в мире на 1 января 2018 г. превысила 425 млн. В Казахстане международные эксперты и отдельные исследования сообщают о 6 % населения, которые страдают сахарным диабетом. Изменение образа жизни является основой терапии диабета, обучение принципам управления заболеванием и мотивация пациента должны начинаться незамедлительно и сопровождать лечение на всем его протяжении. Краеугольным камнем управления диабетом 2 типа является здоровое питание, повышенная физическая активность и поддержание нормальной массы тела. Диетотерапия сахарного диабета является одним из основных компонентов лечения заболевания и образовательных программ в данной области. Оценка диетического питания с записями о рационе питания является стандартным исследовательским и практическим инструментом в области питания. Ручной ввод и анализ питания требует много времени и средств. Новые электронные инструменты для ввода в рацион клиентов и участников исследования могут снизить затраты и усилия, по оценке потребления питательных веществ.

**Цель исследования.** Обзор электронных инструментов для ввода и расчета рациона пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**Методы исследования.** Поиск информации в Pubmed, по ключевым словам, «расчет рациона» «электронные программы», «компьютерные программы», «сахарный диабет», «питание».

**Результаты.** В результате поиска найдено 25 статей, из них были проанализированы 7 полнотекстовых статей, были исключены абстракты и неполные статьи. Анализ литературы показал преимущественное использование английской программы Dietplan6.0 для 24-часового воспроизведения и опроса по частоте приема пищи для изучения потребления макро- и микронутриентов в популяции. Программное обеспечение Dietplan6.0 использовалось у 9847 субъектов в исследовании Rashidi A.A. и его коллег. Наблюдалась значительная разница в потреблении пищи в группах, классифицированных по ожирению, до внесения поправки на потребление энергии в группах с ожирением по сравнению с группой с нормальным весом. Эти различия оставались статистически значимыми для трансжирных кислот ( $P = 0,033$ ), лактозы ( $P = 0,009$ ), фруктозы ( $P = 0,025$ ), глюкозы ( $P = 0,017$ ), сахарозы ( $P = 0,021$ ) и мальтозы ( $P = 0,015$ ) после регулировки потребления энергии. Также приводятся данные использования данного приложения для изучения питания у работников газовой промышленности, ветеранов с отравлением ипритом. Интересно исследование, сравнивающее «Dietplan6.0» с другими приложениями, связанными с питанием (Samsung Health, MyFitnessPal, FatSecret, Noom Coach и Lose It!) результаты показывают, что приложения предоставляют оценки потребления энергии и насыщенных жиров, сопоставимые с оценками Dietplan6.0. За исключением Lose It!, приложения также предоставили сопоставимые оценки углеводов, общего жира и клетчатки. FatSecret и Lose It! имели тенденцию недооценивать белок и натрий. Оценки потребления микронутриентов (кальций, железо, витамин А и витамин С) двумя приложениями (Samsung Health и MyFitnessPal) были непоследовательными и менее надежными. Lose It! было приложением, наименее сопоставимым с Dietplan6.0. Одна статья привела доказательства достоверности электронного приложения для оценки питания на основе изображений (Keenoa) по сравнению с 3-дневным дневником питания на выборке 72 здоровых взрослых канадцев. В Японии исследователи сравнили 5 приложений (MyFitnessPal, Asken, Calomiru, Mogutan, FiNC) с заполненной анкетой о фактическом питании на бумажном носителе, оказалось, что данные всех приложений отличались друг от друга. В Америке исследователи на себе оценили 7 приложений (FatSecret, LifeSum, MyPlate, Argus, Lose It!, MyFitnessPal, MyDietCoach). Одним из ключевых недостатков авторы отметили, что 5 из 7 приложений созданы в Америке и основаны на местных продуктах, что может ограничивать их использование в других странах. Использование приложения iSpry у 16 пациентов подростков с сахарным диабетом 1 типа было связано с улучшением точности подсчета углеводов (общее количество граммов на прием пищи,  $P = 0,008$ ), уменьшением частоты индивидуальных ошибок подсчета более 10 г ( $P = 0,047$ ) и более низкими уровнями HbA<sub>1c</sub> ( $P = 0,03$ ). Использование мобильного приложения MAPR для коррекции питания улучшало гликемический контроль у 4 беременных с гестационным диабетом в Корее.

**Выводы.** Таким образом, существующие электронные приложения приняты для расчета и анализа питания и являются в целом сопоставимыми по эффективности и используются для оценки питания различных групп населения, в том числе и пациентов с сахарным диабетом и могут быть полезны для улучшения гликемического контроля.

**Выводы.** Таким образом, существующие электронные приложения приняты для расчета и анализа питания и являются в целом сопоставимыми по эффективности и используются для оценки питания различных групп населения, в том числе и пациентов с сахарным диабетом и могут быть полезны для улучшения гликемического контроля.

## ОЦЕНКА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОРДИНАТОРЫ ОЦЕНИВАЮТ КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ

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

**Актуальность.** В настоящее время Кыргызстан переживает кризис кадровых ресурсов в системе здравоохранения, особенно в первичном звене, и особенно остро ощущается нехватка семейных врачей в регионах. С другой стороны, отмечается значительная перегруженность учебных клинических баз в г.Бишкек и г.Ош, из-за чего у ординаторов не всегда обеспечивается необходимый доступ к больным, что снижает эффективность практического обучения. В связи с этим с 2017 года в Кыргызстане внедряется новый подход – децентрализация последипломного обучения, т.е. практическое обучение на клинических базах в регионах.

**Цель исследования.** Оценка существующей ситуации в регионах и мониторинг качества обучения.

**Методы исследования.** Проведено анонимное анкетирование 57 ординаторов КГМА первого и второго года по специальности семейная медицина.

**Результаты.** Из 57 ординаторов 45 (79%) обучались на первом году, а 12 (21%) – были ординаторами второго года обучения. Из них 31 человек проходили в регионах, что составило 53%. 100% ординаторов первого и второго года, проходивших обучение в регионах, отметили, что удовлетворены обучением, в тот момент, когда 12% городских ординаторов, отметили, что им не нравится обучение в региональных базах.

Среди ординаторов второго года в регионах 75% (5 человек из 7) были трудоустроены, тогда как в Бишкеке только 1 из 5 (или 20%). Среди ординаторов первого года общее количество трудоустроенных в регионах составило 17 из 24 (или 71%), а в городе 2 из 19 (11%). Большинство ординаторов, проходивших практическое обучение в регионах (90%) заявили, что они получают больше практики и лучше усваивают клинические навыки; а трудоустроенные дополнительно

отметили большую самостоятельность, приобретение организационного опыта, ответственности и инициативы. Отмечено два случая, когда особенно подготовленных ординаторов второго года назначили исполнять обязанности заместителя директора Центров семейной медицины. Немаловажным является также факт того, что для обучения в регионах большинство ординаторов уехало на родину и живет со своей семьей (это было особенно ценным для ординаторов, имеющих семью).

Наряду с положительными моментами обучения в регионах, был выявлен ряд проблем, с которыми столкнулись ординаторы: в ряде случаев перегруженность консультативной и лечебной работой (в условиях высокого кадрового дефицита), недостаточная связь с кафедрой, слабый доступ к новой информации (включая клинические руководства и протоколы), невозможность проконсультироваться в нужное время и др.

Проведен ряд организационных мероприятий, которые нивелируют выявленные негативные явления. В частности, в каждой региональной базе назначается опытный семейный врач – наставник, совместитель по кафедре; кроме плановых еженедельных дистанционных лекций на специальной платформе, каждый ординатор может в любое время обратиться к преподавателю кафедры по электронной почте или через коллективный WhatsApp канал, где может получить необходимую консультацию или помощь.

**Выводы.** Децентрализация обучения повышает эффективность практического обучения в ординатуре в целом, она сопровождается улучшением навыков и знаний, повышением ответственности и самостоятельности ординаторов, при этом оказывая серьезную поддержку органам здравоохранения на местах..

Н.А. ТУРАНОВА, Ш. ТАЛАПБЕК КЫЗЫ

**ВСЕЛЕННАЯ «ВАСКО ДА ГАМА»: О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖНОГО КРЫЛА WONCA EUROPE**

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

Молодежное крыло Васко да Гамма (Vasco da Gamma – VgDM) Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей WONCA Europe было создано инициативными, смелыми и неравнодушными молодыми врачами в 2004 году. Целью его создания были распространение философии семейной медицины (СМ), повышение имиджа СМ через создание платформы для объединенной работы будущих (т.е. еще студентов) и молодых семейных врачей.

VgDM управляется Советом и Исполнительным комитетом, в которые входят 15 самых активных представителей из разных стран, кроме того каждая страна выдвигает своего Национального представителя и Координатора по обмену. Существует ряд программ, направленных на обмен мнениями, знаниями, опытом. В частности, получили популярность следующие программы и мероприятия:

Для поддержки участия в этих программах молодых врачей учреждены различные награды и премии, такие как Hippocrates Prize (премия для программы обмена в городских учреждениях), Carozino Prize (премии для поддержки стажировки в сельских учреждениях), Junior Research Award (награды за научные исследования молодых семейных врачей). Престижными являются премии “Быть молодым, оставаясь молодым” (Being Young, Staying Young - BYSY Award) за значимый ценный вклад в деятельность VdGM, а также

Fons Sips Outstanding Achievement Award, премия за выдающиеся достижения в честь основателя VdGM Альфонса Якоба Игнатиуса Сипса.

В последние годы деятельность VdGM вовлекла и молодых семейных врачей Центральной Азии, которые стали участвовать в работе VdGM и WONCA. Премий были удостоены Елена Хегай (Казахстан, для участия в преконференции VdGM и конференции WONCA в Стамбуле, 2015), Гульназ Ессенгельдиева (Казахстан, участие в преконференции в Кракове, 2018), Ширин Талапбек кызы (Кыргызстан, конференция в Братиславе, 2019), Нураим Туранова (Кыргызстан, участие в Форуме VdGM в Турине, 2019). В 2020 году в работе конференции WONCA в Берлине дистанционно выступили с докладами 3 участника из Кыргызстана. Проводились и другие мероприятия.

Однако, в целом, потенциал молодых семейных врачей в развитии международного и регионального сотрудничества пока используется слабо, также как и возможности участия в движении VdGM. По нашему мнению, мы могли бы начать более активное сотрудничество молодых семейных врачей Казахстана и Кыргызстана в рамках совместных конференций и обменов, что создаст в будущем предпосылки к организации Центрально Азиатского движения молодых семейных врачей.

Conference Exchanges	Совместное участие небольшими группами в конференциях семейных врачей различных стран и обмен опытом
Hippocrates Exchanges	Обмен врачей, специализирующихся в области СМ в странах Европы
The Family Medicine 360	Обучение до 4 недель, посещая систему ПМСП в другой стране по всему миру.
VdGM Preconference	Конференции молодых семейных врачей за 1-2 дня до Конгресса WONCA Europe
VdGM Forum	Конференции каждые два года для молодых СВ.

Н.М. ШУМБАЛОВ

**СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ПМСП**

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

Стандартизацией в здравоохранении является деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядоченности путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в отрасли.

Стандарт: документ, разработанный на основе консенсуса специалистов и утвержденный признанным органом, в котором устанавливают для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Цель стандартизации в здравоохранении повышение качества и эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения за счет: нормативного обеспечения реализации законов в области охраны здоровья граждан, развития здравоохранения и медицинской науки, создания единой оценки показателей качества и эффективности оказываемой лечебно-профилактической помощи, ее медицинских и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству, обеспечения взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи.

Что дает стандартизация в оказании ПМСП: защиту прав пациента и врача (нормативная, законная), преемственность в оказании медицинской помощи, обеспечение прав пациента на получение медицинской

помощи, основу для финансирования (планирование, рассчитать затраты на оказание медицинской помощи, формирования формулярных перечней лекарственных средств, перечней оснащения кабинетов, отделений и т.д.

Основные объекты стандартизации в ПМСП : типовые процессы (процедуры) по оказанию медицинско-социальной помощи (основные целевые процессы – диагностические, профилактические, лечебные и реабилитационные), а также общефункциональные процессы – организация управления, различных вспомогательных работ по обеспечению выполнения целевых лечебных процедур, процессы медицинского образования, санитарного просвещения и агитации). а также медицинская информация (исходная медицинская информация, в том числе субъективная симптоматическая информация), текущая медицинская информация, полученная с применением инструментальных средств; информация по пропаганде медицинских услуг и здорового образа жизни).

Объектом стандартизации являются также медицинские средства (лекарства, биопрепараты, расходные вспомогательные медицинские материалы) и медицинская техника (медицинское оборудование, приборы и аппараты; медицинские инструменты и принадлежности; специальный медицинский транспорт, типовые процессы организации связей сторон, взаимодействующих в сфере оказания медицинских услуг и медицинского страхования (связь между пациентами и медработниками; пациентами и ФОМС; другими медицинскими организациями и страховыми компаниями).

Н.М. ШУМБАЛОВ

**УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПМСП**

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

Влияние случайных событий (рисков), наносящих физический, моральный и экономический ущерб здоровью пациентов исследует новое для системы охраны и восстановления здоровья населения направление - риск-менеджмент в здравоохранении. Управление рисками (риск-менеджмент) - это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущество, финансовое положение рискующего и т.д. Риск-менеджмент изучает влияние на различные сферы деятельности человека случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб. Риску присущи эти два свойства - вероятность и ущерб. Каждое неблагоприятное событие порождается некоторой совокупностью исходных причин (инцидентов). Цепочка последовательных шагов, ведущих от инцидента к конечному событию, называется сценарием. Зная вероятность возникновения исходных инцидентов и промежуточных шагов, можно рассчитать вероятность реализации данного сценария.

Система управления в ситуациях риска содержит следующие основные элементы:

выявление альтернатив риска, допущение его только в пределах социально, экономически и нравственно допустимого уровня;

создание специальных планов, позволяющих оптимальным образом действовать в критической ситуации людям, реализующим решения с риском или контролирующим этот процесс;

подготовка и принятие нормативных актов, помогающих претворить в жизнь выбранную альтернативу;

учет психологического и нравственного восприятия рискованных решений и программ и т.п.

Процесс управления риском состоит из следующих этапов:

- определение цели;
- выяснение риска;
- выбор методов управления риском;
- реализация управления риском;
- оценка результатов.

Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического и профилактического процесса.

Главными инструментами риск-менеджмента в медицине являются модули структурных стандартов КМП, а также модели конечных результатов труда. Основные этапы классического процесса управления риском:

- анализ риска (его выявление и оценка);
- выбор методов воздействия на риск и принятие решения;

воздействие на риск (его снижение, сохранение, передача; контроль и корректировка результатов.

Сегодня необходимо не только активизировать деятельность по упорядочению научно-обоснованного управления рисками в медицинской деятельности, но провести сравнительную оценку эффективности различных методов и инструментов, используемых в управлении риском. Обосновать необходимость законодательного регулирования внедрения менеджмента рисками в существующих учреждениях здравоохранения и определить основные проблемы и недостатки по его научно-обоснованному его внедрения. Основой безопасной медицинской помощи должна стать «культура безопасности» – вовлечение всех сотрудников медицинской организации в систему менеджмента рисками.

С.Е. АМАНДЫКОВА, Т.П. ОСТРЕЦОВА

**КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Руководитель научной работы: к.м.н. Острецова Т.П.

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

**Актуальность.** Использование клинических протоколов (КП) в повседневной практике любого врача даёт возможность применять современные, основанные на принципах доказательной медицины (ДМ), методы диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

КП – это документ, требующий постоянной коррекции и обновления с учётом новых данных, полученных в результате клинических испытаний и признанных международным медицинским сообществом. Учитывая то, что КП подлежит регулярному обновлению, каждый врач может провести анализ существующих протоколов и представить свои замечания и предложения по их совершенствованию.

**Цель исследования.** Целью работы явился критический анализ 3-х клинических протоколов, посвящённых вопросам лечения и реабилитации инфекций мочевыводящих путей и выработка рекомендаций по улучшению их качества с позиций ДМ.

**Методы исследования.** Была проведена критическая оценка действующих клинических протоколов Министерства Здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) по лечению и реабилитации инфекции мочевыводящих путей:

- Клинический протокол диагностики и лечения МЗ РК от 27 декабря 2017 года «Инфекции мочевых путей при беременности, родах и послеродовом периоде»
- Клинический протокол диагностики и лечения МЗ РК от 29 июня 2017 года «Цистит и Уретрит»

- Клинический протокол диагностики и лечения МЗ РК по медицинской реабилитации заболевания мочеполовой системы у детей от 29 марта 2019 года .

Анализ соответствия протоколов проводился по типовой структуре согласно приказу Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2020 года «Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов», с учетом «Регламента по разработке/пересмотру КП утверждённому МЗ РК от 2019 года. Для оценки методов лечения были изучены клинические рекомендации NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK).

**Результаты.** С учётом «Регламента по разработке/пересмотру КП» и на основании рекомендаций NICE, была проведена оценка с использованием оценочного листа AGREEII, которая показала, что уровень показателей качества протоколов весьма различный, что говорит о необходимости внесения в два из трех представленных КП существенных коррективов по лечению и реабилитации пациентов синфекциями мочевыводящих путей .

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости критической оценки любой информации, используемой врачами, в том числе КП, что необходимо для оказания качественных медицинских услуг.

Д.М. АСКАРОВА, Г.С.ДИЛЬМАГАМБЕТОВА

**НУЖНЫ ЛИ КАРТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ?**

Руководитель научной работы: к.м.н. Дильмагамбетова Г.С.

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

**Актуальность.** На уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) имеет важное значение динамическое наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями. Врачу общей практики (ВОП) приходится заполнять множество специальных форм медицинской документации. Однако, на данный момент в работе ВОП нет универсальной формы, которая бы позволила врачу отслеживать динамику заболевания у диспансерных пациентов с хроническими заболеваниями.

**Цель исследования.** Разработка карты наблюдения за диспансерными пациентами.

В задачи исследования вошло: опросить мнения резидентов семейной медицины (СМ) о необходимости в работе ВОП карт наблюдения и разработать макет карты наблюдения.

**Методы исследования.** Научная работа состояла из двух этапов:

1. Опрос резидентов СМ 1-ого и 2-ого года обучения. Поперечный дизайн исследования.

2. Разработка макета карты наблюдения за диспансерными пациентами, например ведения пациента с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОБЛ).

Опросник был создан на платформе GoogleForms. Ссылка была отправлена респондентам – резидентам СМ 1-ого и 2-ого года обучения. Для составления карты наблюдения были изучены клинические рекомендации GOLD, клинический протокол диагностики и лечения МЗПК, базы MEDLINE, GoogleScholar и Elibrary.

**Результаты.** На опросник ответили 55 резидентов. Из них -38,2% резиденты 1-ого курса обучения и 61,8% 2-ого курса. На вопрос об удовлетворенности их работы с медицинской документацией в поликлинике чуть больше половины (56,4%) ответили, что они не удовлетворены. Основной причиной респонденты отметили большое количество заполняемой документации врачом. С переводом на электронные базы, также имеются много нерешенных вопросов. О предложении ввести карту наблюдения за диспансерным пациентом: 56,4% респондентов ответили положительно, отрицательно -10,9% и 32,7% затруднились ответить. 74,5% молодых врачей никогда не заполняли такой формат документации. Резиденты предложили разработать карту наблюдения в электронной форме. Большинство согласилось с мнением, что заполнение данного документа можно делегировать медицинской сестре (83,6%), карта будет полезной в динамическом наблюдении за состоянием здоровья диспансерного пациента.

С учетом мнений резидентов и полученной информации в научных базах данных был разработан макет карты наблюдения за диспансерным пациентом, на примере пациента с ХОБЛ.

**Выводы.** Заполнение медицинской документации на уровне ПМСП занимает много времени, что отражается на консультировании пациентов. Создание карт наблюдения за диспансерными пациентами поможет облегчить их курацию.



К. БАЙБУЛАТОВА, М.А.МАМЫРБАЕВА

## ТРУДНОСТИ МОНИТОРИНГА НЕОНАТАЛЬНОЙ ЖЕЛТУХИ У ВРАЧА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель: к.м.н. Мамырбаева М.А.

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

**Актуальность.** Увеличение числа младенцев с длительным желтушным окрашиванием кожи, сохраняющимся после первого месяца жизни. Частая встречаемость синдрома желтухи (более 50 заболеваний). Ранняя выписка ребенка из родильного дома, требует изменения наших представлений о динамике нарастания уровня билирубина в течение 24-48 часов жизни, а также принципов наблюдения за ребенком с желтухой в неонатальном периоде.

**Цель исследования.** Выявление трудностей трактовки и мониторинга новорожденных с неонатальной желтухой.

**Методы исследования.** Проанализированы 645 историй развития детей с неонатальной желтухой, обусловленной инфекцией, находившихся под наблюдением в поликлиниках г. Актобе. Выделены 2 подгруппы: 285 новорожденных с неонатальной желтухой с клинико-лабораторными показателями поражения паренхимы печени с признаками цитолиза и холестаза; 360 новорожденных с гипербилирубинемией за счет непрямой фракции без синдрома цитолиза и холестаза.

**Результаты.** Типичные упущения врача при первичном патронаже новорожденного в роддоме: в 75% шаблонное описание желтухи без определения локализации желтухи по Крамеру; в 80% не фиксировалась насыщенность цвета мочи; в 98% не зафиксирован метеоризм; в 62% не определялись фактические размеры печени и селезенки, а имелась трафаретная запись: «печень и селезенка не увеличены»; в 63% не фиксируется раннее выявление признаков «опасной желтухи» и тем самым не проводится регулярная клиническая оценка новорожденного (с интервалом 8-12 часов) по протоколу; в 100% не выполняется пункт Протокола («Физикальное обследование»), а именно не оценивается цвет кожных покровов после легкого надавливания пальцем руки до уровня подкожно-жировой клетчатки.

Дефекты мониторинга на уровне ПМСП после выписки больного: УЗИ брюшной полости и печени

были проведены только в 35% случаев; не учитывается уровень щелочной фосфатазы и ГГТП (гамма-глутамилтранспептидазы) для исключения неонатального холестаза; отсутствие компетенции врача в трактовке полученных результатов серологического исследования методом ИФА; не все врачи помнят грозные симптомы осложненной гипербилирубинемии; к экстренной госпитализации таких новорожденных направляют в стационар уже с геморрагическим синдромом; иногда новорожденные поступают в состоянии летального исхода.

Таким образом, риск осложнений при пропущенной патологической гипербилирубинемии очень велик. Отсутствие мониторинга биохимического анализа крови на функциональные пробы печени. Неправильная трактовка врачом конъюгированной гипербилирубинемии. Недооценка степени поражения гепатобилиарной системы при выявлении гепатолиенального синдрома и холестатической желтухи. Недооценка динамики развития патологического процесса при выраженной гипербилирубинемии, запоздалое терапевтическое вмешательство могут привести к летальному исходу или тяжелой инвалидизации.

### Выводы.

1. В диагностических критериях кроме описания только кожных покровов, необходимо подключить:

- описание динамики самочувствия ребенка,
- вид вскармливания,
- наличие и изменение характера срыгиваний,
- размеры печени и селезенки,
- цвет мочи и стула.

2. Диагностические критерии предоставить в виде алгоритма (схемы)

3. Новорожденным с высоким уровнем прямого билирубина и гепатомегалией для исключения гепатита, кроме исследования трансаминаз АЛТ и АСТ необходимо определять щелочную фосфатазу и ГГТП, указывающие на синдром холестаза.

А.Е. ДОНАЕВА, А.АМАНЖОЛҚЫЗЫ

**БІРІНШІЛІК ДИСМЕНОРЕЯ АНЫҚТАЛҒАН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗБАЛАДАҒЫ МИНЕРАЛЬДЫ ТЫҒЫЗДЫҒЫ МЕН СҮЙЕК ТІНІ МЕТАБОЛИЗМІ ЖАҒДАЙЫН СИПАТТАҒАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ**

Ғылыми жұмыс жетекшісі: PhD. Аманжолқызы А.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті, Ақтөбе, Қазақстан

**Өзектілігі.** Дисменорея - бұл овуляция болған күннен бастап, етеккір күндерінің алғашқы 48 сағат ішінде іштің төменгі бөлігінде толғақ тәрізді ауырсынумен көрінетін және кіші жамбас мүшесінің патологиялық өзгерістерінсіз болатын процесс. Қыздардың жыныстық жетілу кезеңіндегі D витаминінің рөлі туралы көптеген жана мәліметтерге сүйене отырып, D дәруменінің жетіспеушілігін анықтайтын факторлар және полиморфты клиникалық көріністердің бір бөлігі екені, мысалы, етеккір циклінің бұзылуы арасындағы байланыстың болуын, әлемдік деңгейде көптеген пікірталас туындағанынан дәлелденіп отыр.

Бұл жағдайда негізгі назар остеоденситометрия және биохимиялық маркерлерді анықтаудың биохимиялық әдісі көмегімен анықталатын остеопениялық синдромға (сүйек тінінің беріктігінің немесе сынғыштығының төмендеуі) аударылады. метаболизміне әсері. Зерттеудің мақсаты. Біріншілік дисменорея анықталған жасөспірім қызбаладағы минеральды тығыздығы мен сүйек тіні метаболизм жағдайын бағалау.

**Зерттеу әдістері.** ОПО Кеңес-диагностикалық филиалында балалар және жасөспірімдер гинекологтың қабылдауына жасөспірім қызбалада біріншілік дисменорея диагнозы қойылды. Ауырсыну шкаласы VAS

бойынша анықталды, біздің клиникалық жағдайдағы науқастың шкаласы 7 балл. Науқасқа ультрадыбыстық остеоденситометрия әдісі мен қанның биохимиялық анализінде сүйектің метаболизмі жағдайының биомаркерлері анықталды: қан сарысуындағы магний (Mg); калий, натрий, ионизирленген кальций (Ca<sup>2+</sup>), 25-ОН D дәрумені, эстрадиол (Э2), прогестерон, патаргормон анықтады. Нәтижелері. Остеоденситометрияның қорытындысы бойынша osteopenia анықталды. 25-ОН D дәрумені-6,8нг/мл яғни тапшылық анықталды. Ал магний-0,80ммоль/л, кальций-2,36ммоль/л, эстрадиол-1 нмоль/л прогестерон-1,8нмоль/л, паратгормон- 0,19нмоль/л, яғни қалыпты мөлшерде болды.

Жоғарыда аталған синдромдар мен ерекшеліктерді егжей-тегжейлі зерттеу практикалық денсаулық сақтау дәрігерлеріне жасөспірім қыздардың сүйек метаболизмі мен гинекологиялық мәртебесіндегі өзгерістер арасындағы байланысты байқауға мүмкіндік береді.

**Қорытындысы.** Алынған денситометрияның қорытындысымен және зертханалық нәтиже талдауына сүйене отырып, біріншілік дисменореясы кезіндегі остеопениялық синдромына тән және арасында тікелей байланыс бар екені анықталады.

Ж.Ж. ДУЙСЕМБАЕВА, Г.М. БАҚТЫҒАЛИЕВА, К.Ж.САКИЕВА

## АНЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ ЖҮКТІ ЖӘНЕ ЖҮКТІ ЕМЕС ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ СЫНАМАЛАРЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ

Ғылыми жұмыс жетекшісі: м.ғ.д. Сакиева К.Ж

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

**Өзектілігі.** Қазіргі уақытта клиникалық практика дәрігерлеріне темір метаболизмін сипаттайтын зертханалық маркерлердің кең спектрі қол жетімді, бірақ негізінен олар гемоглобин құрамын, темір концентрациясын және эритроциттер морфологиясын анықтауда шектеледі, бұл гипохромды анемияның басқа түрлерімен темір тапшылығы анемиясын саралауға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты, жүкті әйелдерде анемия өзекті болып саналады, себебі әйелдер санатында жүкті әйелдерде созылмалы аурулардың бар болуына байланысты темір препараттарына резистенттілігі бар адамдардың үлесі зор. Жүкті әйелдерде анемиялық синдромның дифференциалды диагностикасы мәселесін жақсарту мақсатында ғылыми тәжірибеде қосымша қажет ететін зертханалық сынамаларды қарастырамыз.

**Зерттеудің мақсаты.** Жүктілік кезінде жүкті әйелдерде анемияның дамуындағы қосымша зертханалық маркерлерінің диагностикалық маңызын бағалау.

**Зерттеу әдістері.** 18-ден 46 жасқа дейінгі жүкті және жүкті емес әйелдер, гемоглобин деңгейі 110г/л кем және гематокрит деңгейі 33% кем, гипохромды анемия, созылмалы қабыну аурулары кезіндегі нормохромды анемия.

Зерттеу жүргізу орны №3 Қалалық емхана. Зерттеуге зерттелетін N=50, негізгі топты 1-3 дәрежелік анемиялық синдромы бар жүкті және жүкті емес

әйелдер құрайды. Орташа жасы 28,2±6,9 жас.

**Нәтижелері.** Анемиясы бар жүкті әйелдердің санын анықтау кезінде біз ретроспективті талдаудың деректерін қолдандық. Бақылау тобы - 50 репродуктивті жастағы міндетті емес дені сау әйелдер. Жүкті әйелдер санын анықтау барысында өзіміздің ретроспективті зерттеу нәтижесіне сүйендік, онда n=40 босану картасын зерттегенде 25 жүкті әйелдерде анемия бар екендігі анықталды.

Тексерілушілердің жалпы қан талдауы гемоглобин (HGB), гематокрит (HCT), эритроциттер (RBC), эритроциттің орташа көлемі (MCV, 80-100 фл нормасы), ферритин деңгейі зерттелетін болады. Сарысудың латентті темірмен байланатын қабілеті (ТЖЖС), темір мөлшері анықталады. Талдаудың дайындық мерзімі 14 жұмыс күні. Зерттеу INVITRO зертханасында анықтау күтілді.

**Зерттеу барысында:** жүкті әйелдерде жүкті емес әйелдермен салыстырғанда ферритиннің деңгейі -88%, сарысудың латентті темірмен байланатын қабілеті -88% төмен екендігі анықталды.

**Қорытынды.** Осы қорытындылардың деңгейі бойынша жүкті және жүкті емес әйелдер арасында салыстырмалы талдау жүргізу барысында, жүкті әйелдердің анемиясын диагностикалаудың қосымша алгоритмі енгізілуі қажет.

А. ЖҰМАБАЙҚЫЗЫ, Р.Б. ЖИЕНБАЕВА, Т.П. ОСТРЕЦОВА

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ(ИМВП) В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Руководитель научной работы: к.м.н. Острецова Т.П.

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

**Актуальность.** Бактериальные инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) могут затрагивать все отделы мочевыделительной системы, встречаются во всех возрастных группах, чаще у женщин. Имеется множество факторов риска и особенностей этиопатогенеза их развития, поэтому знание особенностей этих заболеваний, методов их диагностики и лечения имеет очень важное значение для семейного врача.

**Цель исследования.** Целью работы первоначально являлся выборочный анализ медицинских карт пациентов, по которым был выставлен диагноз хронического пиелонефрита, и попытка понять какие критерии диагностики были использованы.

**Методы исследования.** Выборочный анализ 20 медицинских карт пациентов с диагнозом «Пиелонефрит/хронический пиелонефрит». Возрастная группа, половая принадлежность пациентов разная.

**Результаты.** Было проанализировано 30 медицинских карт. Женщин – 20. Мужчин- 10. Возраст от 18 до 65 лет. Единственным основанием для диагноза «Хронический пиелонефрит» у всех пациентов были данные УЗИ при отсутствии каких-либо клинических проявлений. Анализы мочи были либо без патологий,

либо вовсе отсутствовали.

Учитывая, что в процессе анализа медицинских документов были выявлены существенные ошибки при наблюдении пациентов, на основании международных руководств мы попытались разработать диагностический алгоритм ИМВП, который может быть использован в повседневной практике семейных врачей. Это позволит значительно улучшить диагностику этих заболеваний, проводить целенаправленную и научно-обоснованную терапию, что благоприятно скажется на течении и прогнозе заболеваний.

**Выводы.** Основными методами диагностики ИМВП в практике семейного врача должны быть клинико-лабораторные показатели, а не только данные УЗИ.

Использование визуализирующих методов важно в выборе тактики дальнейшего ведения пациентов (консервативное, хирургическое). Комплексный подход к диагностике ИМВП даст возможность улучшить качество лечения и прогноза. Семейному врачу необходимо правильно и своевременно диагностировать ИМП во избежание осложнений.

Г.Б. НУРАЛИЕВА, А.В. НЕРСЕСОВ, А.Е. САКТАГАН

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ДЕЛЬТА В КАЗАХСТАНЕ**

Руководитель научной работы: д.м.н. Нерсесов А.В.

Казахский национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Хроническая HDV-инфекция характеризуется быстро прогрессирующим течением, и часто поражает лиц молодого трудоспособного возраста, приводя к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциноме. Около 5% больных хроническим гепатитом В в мире инфицированы HDV (15–20 млн). В Казахстане пациенты с вирусным гепатитом D находятся под динамическим наблюдением и получают стандартную противовирусную терапию, согласно соответствующей Дорожной карте.

**Цель исследования.** Определить клинические особенности хронического вирусного гепатита В с дельта агентом в Республике Казахстан (РК).

**Методы исследования.** Были проанализированы данные 139 пациентов с хроническим гепатитом D, получивших стационарное лечение на базе НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, а также данные отчетов регионов по Дорожной карте; для статистического анализа использовался пакет программ IBM SPSS 27.0.

**Результаты.** Среди 139 пациентов с гепатитом 68 составляли мужчины и 71 – женщины, средний

возраст –  $47,5 \pm 1,007$  ( $1,73 \pm 0,74$  по ВОЗ). У 92% из них имелся цирроз печени. 97% пациентов имели HBeAg-негативный статус. Гепатоцеллюлярная карцинома была диагностирована у 9 пациентов (6,7%). Согласно отчетам по дорожной карте, среди 1632 пациентов, состоящих на учете с хроническим гепатитом D, противовирусная терапия была показана и возможна у 300 пациентов, из них 242 (80,6%) пациентов получили лечение Пегилированным интерфероном  $\alpha 2a$ . Из них 48-недельный курс лечения завершили 225 пациентов, по окончании лечения у 162 пациентов (72%) достигнут ответ по вирусному гепатиту В, у 63 пациентов (28%) - по вирусному гепатиту D. В динамике наблюдения ответ по гепатиту D сохранялся у 51 пациентов (22,6%). 462 пациентов с гепатитом D находятся на длительной терапии Тенофовиром.

**Выводы.** В РК хроническим гепатитом D страдают пациенты молодого и среднего возраста, мужчины и женщины в равной степени, с преимущественным HBeAg-негативным статусом, наличием цирроза печени и относительно низкой эффективностью стандартной противовирусной терапии.

А.М. ТАТТИБАЕВА, Н.А. АБЕНОВА

**ВОСПРИЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА У СТУДЕНТОВ И РЕЗИДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ (КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Научный руководитель: к.м.н. Абенова Н.А.

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

**Введение.** В рамках сотрудничества и усовершенствования образовательных программ под международные стандарты, медицинские ВУЗы РК столкнулись с проблемой адаптации некоторых компетенции выпускника. В частности, в ведущих медицинских школах мира профессионализм – одна из основных компетенций, которую все студенты-медики должны достичь в процессе обучения. При этом, под профессионализмом зарубежное медицинское сообщество определяет совокупность взглядов, ценностей, моделей поведения и отношений, которые выступают в качестве основы контракта медицинского работника с обществом. Тогда как в нашей стране, наиболее часто, подтермином профессионализм понимается только узкая часть профессиональных компетенции выпускника, такие как «умение оказывать квалифицированную медицинскую помощь», при этом гибкие навыки (softskills) никогда не оценивались.

**Цель исследования:** определить взгляды студентов-медиков на медицинский профессионализм и выявить любые потенциальные качественные различия во взглядах в зависимости от года обучения.

**Методы исследования.** Это было качественное исследование, основанное на фокус группах. В исследовании приняли участие 2 фокус группы обучающихся ЗКМУ имени М. Оспанова: студенты V курса бакалавриата «Общая медицина», а также резиденты программы «Семейная медицина». Обоим фокус группам были заданы вопросы:

1. Что для вас означает термин медицинский профессионализм
2. Какие элементы, по вашему мнению включает в себя медицинский профессионализм
3. Почему важно, чтобы врачи ценили элементы профессионализмы

Интервью фокус групп были записаны на аудио и напечатаны в текстовых документах. Оценка записей проводилась двумя исследователями (автор исследования и научный руководитель). Применен метод индуктивного контент анализа с открытым кодированием. Список кодов был разработан и изучен обоими исследователями до достижения консенсуса. Затем коды были просмотрены и распределены по категориям (таблица 1).

Таблица 1. Примеры кодирования контента

№	Элемент профессионализма	Оригинальные фразы участников	Разъяснение
1	Коммуникация	Студент: «Профессионализм – это умение коммуницировать с пациентом так чтобы он был доволен» Резидент: «Умение разговаривать с пациентом и способность войти ему в доверие»	И студенты и резиденты воспринимали общение и коммуникативные навыки, как неотъемлемую часть медицинского профессионализма. Однако по частоте упоминания тех или иных кодов именно студенты чаще упоминали коммуникативные навыки – как самый важный элемент.
2	Личные качества врача	Студент: «Душевность, скромность, разносторонность и стремление к самосовершенствованию»; «...врач от Бога»; Резидент: «Профессионализм включает сочетание таких качеств как ум, коммуникабельность, открытость, честность и практические навыки», «...Это- пунктуальность, дисциплинированность, ответственность»	И студенты и резиденты в равной степени считали личность врача важной частью профессионализма. Однако только резиденты упомянули в своих ответах такие качества личности врача, как пунктуальность, дисциплинированность, ответственность.
3	Медицинские знания	Студент: «Человек знающий свое дело», «Профессионализм - понятие включает достижения последних лет в мед науке, оказать должное лечение, все время учиться и развиваться, умение правильно диагностировать то или иное заболевание»; Резидент: «...Умение применять знания в работе»; «Это в первую очередь квалифицированное отношение к своей работе и четкое знание своих обязанностей», «... умение быстро реагировать в особых случаях»	Респонденты обеих фокус групп признавали важность медицинских знаний и практического опыта в формировании профессионализма врача, однако по частоте упоминания этих качеств резиденты больше говорили о необходимости знаний в развитии профессионализма.

**Результаты.** Респонденты в нашем исследовании признали только три основных компонента профессионализма, признанные в нескольких теоретических моделях. Тогда как элементы профессионализма, такие как автономия пациента, эмпатия, альтруизм, партнерство, долг и уважение, доступ к медицинской помощи и распределение ограниченных ресурсов не были признаны нашими респондентами. Кроме того, наблюдались качественные различия в восприятии некоторых составляющих профессионализма. Во-первых, некоторые категории были признаны только резидентами: пунктуальность, дисциплинированность, ответственность. Во-вторых, резиденты осознают больше важность образования в формировании фигуры профессионального врача, тогда как студенты 5 курса больше говорили о важности развития коммуникативных

навыков врача. Студенты признали такое же количество компонентов профессионализма, что и резиденты, что указывает на тот факт, что студенты имеют соответствующее представление о фигуре врачей даже в начале своего медицинского образования.

**Выводы.** В этом исследовании использовалась качественная методология изучения понимания и отношения к профессионализму студентов медицинских вузов. С помощью качественной методологии мы не смогли обнаружить количественные различия во взглядах студентов 5 курса и резидентов. Однако исследование дало нам представление об отношении студентов к профессионализму и послужит для разработки количественного инструмента для измерения этого отношения.

А.М. ТАТТИБАЕВА, К.Ж.САКИЕВА

**СЕМІЗДІККЕ ШАЛДЫҚҚАН ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІКТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ МЕН ЖҮРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Ғылыми жұмыс жетекшісі: м.ғ.д. Сакиева К.Ж.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Өзектілігі. Семіздік - қазіргі замандағы өте маңызды мәселелердің бірі. Әсіресе SARS – CoV -2 пандемиялық ахуалға байланысты семіздікке шалдыққан, соның ішінде семіздікке шалдыққан жүкті әйелдерге ерекше назар аударылу қажет. Біздің еліміздегі жүкті әйелдер арасындағы семіздік деңгейі 7-ден 29% - ға дейінгі аралықты қамтиды. Жүктілік кезеңімен бірге жүретін семіздік, гестациялық кезеңдегі асқыну, перинаталды қолайсыз нәтиженің даму қаупі ретінде қарастырылады. Семіздік 70% жағдайда гестациялық Қант диабетін, гестациялық гипертензия және преэклампсия сияқты өзгерістерге алып келеді. Бұл өз кезегінде репродуктивті жүйеге және барлық жүктілік кезеңіне теріс әсер етеді. Сонымен қатар БСИ-нің (Бой салмақ индексі) жоғарылауы аясында етеккір-овариальды циклдің бұзылуы, түсік түсіру және бедеулікке деген бейімділік байқалады.

Зерттеудің мақсаты. Ақтөбе қаласындағы №3 Қалалық емханасының 2 учаскілік акушер-гинеколог дәрігерге шаққандағы семіздікке шалдыққан жүкті әйелдердің кездесу жиілігін, олардың клиникалық ағымның ерекшелігін және жүктілік кезіндегі асқынулардың түрлерін анықтап, салмақтың қалыпты қосылуын қадағалау және жүктілікті жүргізу.

Зерттеу әдістері. Зерттеу жұмысына 2020 жылыдың шілде айынан бастап №3 Қалалық емханаға тіркеуге алынған n=40 жүкті әйел адам іріктеп алынды. Таңдау критериясы: Семіздіктің 1-3 дәрежесі бар жүкті әйел адамдар болды. Зерттеу жұмысы семіздікке шалдыққан жүкті әйелдердің жүктілік картасы мен босану тарихы бойынша проспективті талдау арқылы жүргізілді.

Нәтижесі: Зерттеу тобын 23 – 43 жас аралығындағы жүкті әйел адамдар қамтыды. Орташа жас есебі = 32,7 жасты құрады. Біздің зерттеудің нәтижесінде семіздік – жалпы саны 40 зерттелуші топтың (семіздікке шалдыққан жүкті әйелдің) 2,5% –да (1) түсікке әкелетіндігін, 18% - да (7) ГҚД және 30% - да (12) ГАГ әкеліп соқтырады. Анемия 3-триместр соңында 100 %-да қойылды. Сонымен қатар босану ағымы бойынша 17,5% - да кесарь тілігіне және 82,5%- да мерзімінде босану, ірі ұрық – 7,5% , шатаралықтың жырттылуы – 12,5% -да болатындығы анықталды.

Қорытынды: Зерттеу соңында семіздік - жүктіліктің ағымына және босану нәтижесіне әсер ететіндігіне көз жеткіздік.



Д. ТЕМИРЗАКОВА, К. СУРБАЕВА, А.Н.АЛМАХАНОВ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА**

Руководитель научной работы: м.м.н. Алмаханов А.Н.

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

**Актуальность.** Лечение переломов костей таза относится к числу актуальных проблем в травматологии. По последним данным, повреждения таза составляют 4-7% поражений опорно-двигательного аппарата, из которых более 75% получены во время дорожно-транспортных происшествий. В связи с этим, в целях эффективной малоинвазивной стабилизации повреждения таза и ранней активизации больных в послеоперационном периоде, в настоящее время широко используется аппарат внешней фиксации.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения аппарата внешней фиксации при переломах костей таза.

**Методы исследования.** В отделении политравмы Больницы скорой медицинской помощи 16 пациентам в возрасте от 19 до 56 лет, поступившие с переломами костей таза с нарушением целостности тазового кольца, были проведены операции с применением аппарата внешней фиксации. На крылья подвздошной кости (внутривенный наркоз) с обеих сторон вводятся два стержня, которые крепятся между собой штангами. Одному больному с переломом седалищной кости, разрывом симфиза и крестцово-подвздошного сочленения был смонтирован аппарат внешней фиксации, через 3 дня был проведён остеосинтез-фиксация

крестцово-подвздошного сочленения двумя винтами.

**Результаты.** На 3-4 день после операции больным разрешалось вставать с помощью костылей. В последующие дни объём передвижения больных постепенно увеличивался. В ходе динамического наблюдения у оперированных больных, осложнений в виде вторичного смещения костных отломков не наблюдалось. Результаты лечения контролировались в течение 2-3 месяцев, положительный результат был зафиксирован у всех больных. Таким образом, после стабилизации общего состояния больного для фиксации костных отломков после репозиции, имеется возможность проведение остеосинтеза со стандартными динамическими компрессионными пластинами или винтами (1-2; 5-7; 21-е сутки). Данный метод позволяет репонировать костные отломки и прочно фиксировать весь задний комплекс таза, тем самым повышая раннюю мобилизацию больного в постели.

**Выводы.** Применение аппаратов внешней фиксации при нестабильных переломах костей таза позволяет добиться репозиции отломков и положительных функциональных результатов у большинства пострадавших, что позволяет активизировать больных в ранние сроки после травмы.

В.Ө. ҮСЕНҒАЛИ, К.Ж.САКИЕВА

**ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ МИОМА**

Ғылыми жұмыс жетекшісі: м. ғ. д. Сакиева К.Ж.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Өзектілігі. Жатыр миомасы-ұрпақты болу жасындағы әйелдерде кездесетін ең көп таралған жатыр ісіктерінің бірі. Бүгінгі таңда әлемдегі әрбір 4-5 әйел жатыр миомасымен ауырады. Бүгінгі күні 20-30 жастағы патологияның «жасаруы», 30-40 жастағы жүктілікті жоспарлау бар. медициналық технологиялардың тұрақты дамуы жүктілікті және қолайлы ағым мен нәтижені жоспарлауға мүмкіндік беретін жаңа тиімді және қауіпсіз емдеу әдістерін іздеуді және әзірлеуді ынталандырады.

Тапсырманың күрделілігі әр жағдайда жеке көзқарас қажеттілігімен анықталады.

**Зерттеудің мақсаты.** Мәселені емдеу және сәтті шешу көбінесе жаңаларын іздеуге, сондай-ақ қол жеткізудің белгілі бір әдісін қолдануды жүйелеуге және басымдықтарға байланысты, бұл бізге оларды әйелдер үшін тиімді және қауіпсіз пайдалануға мүмкіндік береді.

**Зерттеу әдістері.** Жүктілік бойынша 110 жеке картаға ретроспективті талдау жүргізілді. Олардың 50-і миомамен бөлінген: I топ (негізгі) жатыр миомасы бар әйелдер (n=35), II топ (бақылау) - миомэктомиадан кейінгі әйелдер (n=15). Соматикалық Тарих бойынша топтар жасына байланысты салыстырылды.

**Нәтижелері.** Екі топта да орташа жас  $32,5 \pm 1,2$  жыл болды. I топта менархенің орташа жасы – 13 жас, II топта -  $13 \pm 4$ . 21 жасқа дейінгі жыныстық өмірдің басталуы I топта-84%(орташа-19 жас), II топта -72%(орташа  $19 \pm 3$ ). I топта-70% алғашқы туғандар, II топта- алғашқы туғандар 46,6, қайта туғандар 53,3 болды. I топтағы өздігінен түсік болған және мерзімінен бұрын босанған әйелдер- 30%, II топта-18% құрады.. Гинекологиялық аурулар құрылымында I топтағы 38% - да жатыр мойны эрозиясы байқалды, II топтағы жағдай 26% құрады. Сондай-ақ, топтарда 2% аналық без кистасы, 18% қалқанша безінің ауруы байқалды.

I топта әйелдердің 34% - ы жатыр миомасы жүктіліктен бұрын, қалған 66% - ы ерте жүктілік кезінде анықталды.

I топта жүкті әйелдерде амниотикалық сұйықтықтың пренатальды төгілуі байқалды-7,4%, II топта - 15,4%, I топта өздігінен түсік түсіру 4,65%, II топта-8,60% болды.

Екі топта да мерзімінде босану пайызы 96% құрады, негізгі топта 25%, II топта-18% босанатын әйелдерге кесарь тілігі операциясы жүргізілді. Операцияға көрсеткіштер: қалыпты орналасқан плацентаның уақытынан бұрын ажырауына қатысты-8%, жатырдағы тыртық-12%, ұрықтың қауіпті жағдайы-5%. 3 босанған әйелде операция көлемі кеңейтілді, консервативті миомэктомия жасалды және 1 босанған әйелде жатырдың қосымшасыз ампутациясы бар.

Әйелдердің орташа жасы, менархенің басталу жасы және жыныстық өмірдің басталуы екі топта ерекше айырмашылыққа ие болмады. Бірақ айта кету керек, аурудың даму қаупінің келесі факторлары бар: медициналық түсіктердің жоғары жиілігі, гинекологиялық аурулардың болуы және эндокриндік ауруларжүйесі. УДЗ деректері бойынша жатырдың интерстициальді және субсерозды миомалары анықталды.

Жүкті әйелдердің көпшілігінде жүктілік ерекшеліксіз өтті. Топтарды салыстыра отырып, шұғыл босанудың пайызы жүктілікті толық мерзімге дейін ұзарту мүмкіндігі туралы айтуға мүмкіндік береді деп айта аламыз. Әрбір нақты жағдайда жеткізу әдісінің ықтимал артықшылықтары мен жағымсыз әсерлерін мұқият талдау қажеттілігін қоспағанда.

**Қорытынды.** Жатыр миомасының қауіп факторлары: медициналық түсіктердің жоғары жиілігі, эндокриндік аурулардың болуын нақтыладық. Сонымен қатар жүктілік кезіндегі миома ағымының ерекшеліктері: босануға дейінгі қағанақ суының кетуі, мерзімінен бұрын босану болып табылды. Ал қалыпты орналасқан плацентаның уақытынан бұрын ажырауы, ұрықтың күйінің бұзылуы, бұл хирургиялық араласудың жоғары жиілігін көрсетті.

**МАЗМУНЫ - СОДЕРЖАНИЕ****СЕКЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

А.А. АЗИМОВА, Г.С. ОРОЗАЛИЕВА, Н.Э. ЖУСУПБЕКОВА, ЛУИ ЛУТАН О СТРУКТУРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ.....	4
А.С. БАБАДЖАНОВ, С.А. УБАЙДУЛЛАЕВА, Л.В. КАДОМЦЕВА ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	5
А.О. БАЙЗУЛЛИНА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ON-LINE РЕСУРСОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТКРЫТОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ НА ТЕМУ «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В ПМСР».....	6
Н.Н. БРИМКУЛОВ, Г.С. ОРОЗАЛИЕВА, Ш. ТАЛАПБЕК КЫЗЫ, Э.Т. АСТАНОВА ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	7
А.Н. ЗИНАЛИЕВА, И. ГИНИЯТ, А. АСЫЛХАНОВ 2 ТИПТИ ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ.....	8
Л.В. КАДОМЦЕВА, Н.В. ПОЛИКАРПОВА, Ф.Р. МИРЗАКАРИМОВА, С.Ш.ПУЛАТОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С СРК, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ.....	9
А.Р. КАШКИНБАЕВА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА, Ю.А.ЗАМЭ ОЦЕНКА ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ В РЕЗИДЕНТУРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗКМУ.....	10
А.С. КИНЖЕБАЕВА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ.....	11
Г.К. КОШМАГАНБЕТОВА ВАЖНОСТЬ НАУЧНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОГРАММЕ РЕЗИДЕНТУРЫ.....	12
М.А. МАМЫРБАЕВА АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ.....	13
А.И. МИРАЛЕЕВА, Д.М. АМАНЖОЛ, Г.Е. ЕРГАЗЫ, И.М. ЖОЛДЫБАЕВА, А.А. УМИРЗАК, В. РАЈРУОНИТ ИЗУЧЕНИЕ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА IRI (МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ).....	14
Г.С. ОРОЗАЛИЕВА, Д.К. МАМБЕТАЛИЕВА, Н.Н. БРИМКУЛОВ, ЛУИ ЛУТАН ПОДГОТОВКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ.....	15
Т.П. ОСТРЕЦОВА МИРОВЫЕ СТАНДАРТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТРЁХУРОВНЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....	16
К.Ж. САКИЕВА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ.....	17
А.Ш. САРТАЕВА ОБЗОР ЭЛЕКТРОННЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	18
Ш. ТАЛАПБЕК КЫЗЫ, Н.Н. БРИМКУЛОВ ОЦЕНКА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОРДИНАТОРЫ ОЦЕНИВАЮТ КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ.....	19
Н.А. ТУРАНОВА, Ш. ТАЛАПБЕК КЫЗЫ ВСЕЛЕННАЯ «ВАСКО ДА ГАМА»: О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖНОГО КРЫЛА WONCA EUROPE.....	20

Н.М. ШУМБАЛОВ СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ПМСП. ....	21
Н.М. ШУМБАЛОВА УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ПМСП. ....	22
<b>СЕКЦИЯ «РАБОТЫ МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ»</b>	
С.Е. АМАНДЫКОВА, Т.П.ОСТРЕЦОВА КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ .....	23
Д.М. АСКАРОВА, Г.С.ДИЛЬМАГАМБЕТОВА НУЖНЫ ЛИ КАРТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПЕНСЕРНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ? .....	24
К. БАЙБУЛАТОВА, М.А.МАМЫРБАЕВА ТРУДНОСТИ МОНИТОРИНГА НЕОНАТАЛЬНОЙ ЖЕЛТУХИ У ВРАЧА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ .....	25
А.Е. ДОНАЕВА, А.АМАНЖОЛҚЫЗЫ БІРІНШІЛІК ДИСМЕНОРЕЯ АНЫҚТАЛҒАН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗБАЛАДАҒЫ МИНЕРАЛЬДЫ ТЫҒЫЗДЫҒЫ МЕН СҮЙЕК ТІНІ МЕТАБОЛИЗМІ ЖАҒДАЙЫН СИПАТТАҒАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ. ....	26
Ж.Ж. ДУЙСЕМБАЕВА, Г.М. БАҚТЫҒАЛИЕВА, К.Ж.САКИЕВА АНЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ ЖҮКТІ ЖӘНЕ ЖҮКТІ ЕМЕС ӘЙЕЛДЕРДІҢЗЕРТХАНАЛЫҚ СЫНАМАЛАРЫНСАЛЫСТЫРМАЛЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ .....	27
А. ЖҰМАБАЙҚЫЗЫ, Р.Б. ЖИЕНБАЕВА, Т.П. ОСТРЕЦОВА ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ(ИМВП) В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА. ....	28
Г.Б. НУРАЛИЕВА, А.В. НЕРСЕСОВ, А.Е. САКТАҒАН ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ДЕЛЬТА В КАЗАХСТАНЕ. ....	29
А.М. ТАТТИБАЕВА, Н.А.АБЕНОВА ВОСПРИЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА У СТУДЕНТОВ И РЕЗИДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ (КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) .....	30
А.М. ТАТТИБАЕВА, К.Ж.САКИЕВА СЕМІЗДІККЕ ШАЛДЫҚҚАН ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІКТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ МЕН ЖҮРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ .....	32
Д. ТЕМИРЗАКОВА, К. СУРБАЕВА, А.Н.АЛМАХАНОВ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА .....	33
В.Ө. ҮСЕНҒАЛИ, К.Ж.САКИЕВА ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ МИОМА .....	34