

Марат Оспанов атындағы БҚМУ КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЯСЫ

ХІ том 2020



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 қуәлігі берілген.

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

Редакция және баспа 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: 27.11.2019
Таралымы 500 дана.
Тапсырыс № 003181

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

Л. М. Жамалиева
Г.С. Дильмагамбетова
А.А. Жаубатырова

СЕРИЯ КОНФЕРЕНЦИЙ ЗКМУ имени Марата Оспанова

XI том 2020



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

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

Главный редактор: М.К. Телеуов
Заместитель редактора: Г.А. Смагулова
Ответственный выпускающий редактор: 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. Актобе,
ул. Маресьева, 68,
морфологический корпус, 116 каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Дата выпуска: 27.11.2019
Тираж 500 экз.
Заказ № 003181

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 (Актобе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Актобе)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК

Л. М. Жамалиева
Г.С. Дильмагамбетова
А.А. Жаубатырова

УДК 618.146:616-006-071

МРНТИ 76.29.48,76.29.50

А.А. ЖОЛАМАН, Б.К. КАРИМСАКОВА, Н.А. АБЕНОВА, С.А. АБДИЛЬДАЕВА

АНАЛИЗ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕЗападно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
Научный руководитель: Б.К. Каримсакова

Введение. Рак шейки матки до сих пор остается актуальной проблемой во всем мире, в том числе и в Казахстане. Внедрение государственной программы скрининга рака шейки матки стало очень своевременным, и внесло большой вклад в охрану здоровья женского населения РК. По данным Международного агентства изучения рака, ежегодно в мире регистрируется более 500 тыс. новых случаев рака шейки матки, и ежегодно от него умирают более 300 тыс. женщин. Рак шейки матки чаще встречается у женщин в возрасте 40–60 лет.

Цель исследования: провести анализ скрининга по выявлению рака шейки матки в постменопаузе. При анализе результатом обследования фоновые и реактивные изменения (ASCUS) – 30 %, соответствующие легкой дисплазии (LSIL) – 20 %; патология эпителия шейки матки по типу умеренной и тяжелой дисплазий (HSIL) – 1 %; ранний рак (CIS) и инвазивный РШМ не обнаружен. По результатам сделанной кольпоскопии, у всех женщин с различными изменениями цитологии выявлен атрофический вагинит, а так же проводился скрининг на ВПЧ методом ПЦР (соскоб). По результатам скрининга на ВПЧ у 1 женщины обнаружен только ВПЧ тип 16, 18. Всем женщинам проведено лечение атрофического вагинита с последующей повторной кольпоскопией и онкоцитологией, результаты которых были в пределах нормы. По результатам нашего исследования, по скринингу рака шейки матки в постменопаузе выявлено у 51% различные изменения цитологии и в 0,33% обнаружен ВПЧ тип 16, 18. Скрининг рака шейки матки позволяет снизить заболеваемость запущенными формами рака шейки матки.

Ключевые слова: скрининг, рак шейки матки, онкоцитология, ASCUS, ASC-H, LSIL, CIN.

Введение.

Согласно ежегодному Отчету Барселонской рабочей группы Информационного центра по ВПЧ и раку (ICO) за 2016 год, рак шейки матки (РШМ) занимает третье место среди раков женской половой сферы в Азии с уровнем заболеваемости 12.7 и показателем смертности 6.4 на 100000 женского населения [1]. По данным научной литературы рак шейки матки занимает второе место среди онкологических заболеваний у женщин и, что особенно важно, уносит жизни молодых, трудоспособных женщин, имеющих семью, детей. Ежегодно в мире регистрируется 493000 новых случаев рака шейки матки и 274000 больных умирает. По данным мировой статистики 78% всех случаев рака шейки матки регистрируется в развивающихся странах. В развитых странах положение уже давно стабилизировалось и только 4,4% новых случаев рака шейки матки приходится на эту локализацию [2]. В Казахстане по данным онкологической службы 30% составляют женщины репродуктивного возраста. В структуре злокачественных новообразований среди женщин стоит на 3-ем месте. Международная экспертная группа ICO HPV Information Centre в своем ежегодном Отчете за 2015 год сообщила, что рак шейки матки в Казахстане является вторым по распространенности злокачественным заболеванием женской половой сферы и занимает первое место в возрастной группе от 15 до 44 лет, с уточненным инцидентом 32,8 на 100000 женского населения [3]. Основные факторы риска рака шейки матки в Республике Казахстан: это

низкая медицинская грамотность и низкая приверженность к проведению своевременных профилактических осмотров со стороны населения, низкий уровень знаний о факторах риска развития онкопатологии и низкая настороженность врачей в отношении онкозаболеваний (и рака шейки матки в частности). Другие факторы риска связаны с поведенческими факторами риска женщин, и включают: раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, курение, наличие заболеваний, передающихся половым путем, частые аборт и иммунодефицитные состояния [4]. В настоящее время в развитых странах мира достигнуты значительные успехи в профилактике, ранней диагностике и лечении рака шейки матки. Связано это главным образом с тем, что в отличие от других онкологических заболеваний, заболеваемость рака шейки матки хорошо поддается контролю, поскольку заболевание имеет ясную этиологию, четкую и, часто, длительную предраковую стадию, и явную тенденцию к местному распространению. Так, в Австралии с внедрением скрининговой программы в 1994 году удалось снизить заболеваемость почти в 2 раза – с 13,2 до 6,9 на 100 тыс. женского населения, при этом по данным Института здоровья Австралии смертность от рака шейки матки снизилась с 4,0 до 1,9. Таким образом, если развитые страны научились контролировать заболеваемость и смертность от рака шейки матки, то большая часть мира все еще на пути к этому. Современная концепция программы по улучшению ситуации по раку шейки матки по опыту развитых стран основана на

трех основных положениях: 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения). 2 — вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения), 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного рака шейки матки. По данным ВОЗ, такие страны, как Великобритания, Нидерланды, Швеция и Финляндия, достигли охвата организованным скринингом целевой группы с 5-летним интервалом на 70 %. Девять европейских стран имеют национальные скрининговые базы данных (реестры), что позволяет мониторить и оценивать скрининг рака шейки матки. Семь стран, в число которых входит Казахстан, имеют приказы Министерства здравоохранения о получении информации, о результатах скрининговых программ на основе данных онкозаболеваемости и смертности, для того чтобы оценивать эффективность проводимых программ. Цель скрининга - выявление преинвазивных заболеваний шейки матки с последующим оздоровлением для снижения заболеваемости и смертности от рака шейки матки. Предраковые изменения шейки матки проходят через определенные стадии, период от начальных форм до развития инвазивной формы рака шейки матки занимает 10–15 лет. Своевременное выявление предраковой стадии и раннего рака позволяет женщинам на 100 % излечиться от этой болезни. Среди женщин, подвергшихся скринингу хотя бы 1 раз в жизни, смертность снижается на 40%. В Казахстане внедрена Государственная программа скрининга рака шейки матки, которая действует с 2008 г. Определены целевые группы женщин – от 30 до 70 лет, с временным интервалом каждые 4 года. Выполнение Государственной программы скрининга рака шейки матки проводилось последовательно и состояло из следующих задач: внедрение методов и организация скрининга на местах с обучением специалистов, повышение качества цитологического исследования с внедрением жидкостной цитологии. Жидкостная цитология позволяет своевременно диагностировать морфологические изменения эпителия шейки матки. Данная технология дает возможность автоматизированного исследования с применением компьютерных технологий, дублирования количества исследуемых мазков, не вызывая пациента на повторное обследование, позволяет применять дополнительные методы исследования. Был внедрен метод Пап-тест, который включает окраску по Папаниколау и оценку результатов цитологических исследований по международной классификации Бетесда (TBS), которая дифференцирует фоновые, предраковые заболевания и ранние формы рака шейки матки ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, CIS. Система Бетесда включает 3 категории мазков: норма, мазки неопределенного значения (ASCUS) и внутриэпителиальные (предраковые) поражения низкой (LSIL) и

высокой (HSIL) степеней. Согласно системе Бетесда, начальным компонентом интерпретации цервикальных мазков является оценка адекватности образца, так как его качество влияет на чувствительность цитологического метода. Терминология системы Бетесда (пересмотр 2004г.):NILM – интраэпителиальные изменения и злокачественные процессы отсутствуют. В эту группу включены цитологические заключения о нормальном состоянии эпителия, а также о наличии различных неопластических состояний (заболеваний). Уточняют их характер и по возможности, причину: атрофические изменения; наличие клеток железистого эпителия после гистерэктомии; реактивные изменения, ассоциированные с воспалением, включая типичную регенерацию, лучевую терапию, применение внутриматочных контрацептивов; кроме того, указывают наличие микроорганизмов. У женщин 40 лет и старше при отсутствии плоскоклеточных интраэпителиальных изменений указывается также наличие эндометриальных клеток. ASCUS – клетки плоского эпителия с атипией неясного значения. ASC-H – клетки плоского эпителия с атипией неясного значения, не исключающие наличия высокой степени интраэпителиальных изменений. LSIL – интраэпителиальные изменения плоского эпителия низкой степени, включают поражения, ассоциированные с HPV и CIN I. HSIL – интраэпителиальные изменения плоского эпителия высокой степени, включают CIN II, CIN III, карциному *in situ* и случаи, подозрительные на наличие инвазии. Плоскоклеточная карцинома: AGC – клетки цервикального (железистого) эпителия с атипией неясного значения. AGC, favor neoplastic – клетки цервикального (железистого) эпителия, возможно неоплазия. Эндоцервикальная аденокарцинома *in situ*, эндоцервикальная аденокарцинома, эндометриальная аденокарцинома. вторичная аденокарцинома, неклассифицируемая карцинома и другие злокачественные опухоли. Скрининг на выявление рака шейки матки проводится в РК бесплатно на уровне амбулаторно-поликлинических организаций [5]. Целевая группа: женщины 30 - 70лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки. Интервал: 1 раз в 4 года. Связи с цифровизацией медицинской документации учетно-отчетная документация скрининговых осмотров в Казахстане ведется в программе DAMUMED - заносится в электронную статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента (форма 025-08/у).

Цель исследования

Провести анализ скрининга по выявлению рака шейки матки за 2018 год в постменопаузе.

Методы и материалы

Исследование проводилось на базе ГП № 6. Исследование ретроспективное открытое методом случайного выбора. В исследование включено 300 женщин. Прошедшие скрининговое обследование по

раку шейки матки, в возрасте 50-60 лет, находящиеся в постменопаузе с 50 лет. Длительность постменопаузы от 1-10 лет. Критерий включения: женщины в возрасте от 50-60 лет, не состоящие на учете у онколога. Критерий исключения: женщины от 30-60 лет состоящие на учете у онколога. У всех женщин брали мазки из цервикального канала на жидкостную цитологию методом Пап-тест, который включает окраску по Папаниколу в патологическое бюро г. Актобе и оценку результатов цитологических исследований по международной классификации Бетезда (TBS), которая дифференцирует фоновые, предраковые заболевания и ранние формы РИМ ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, CIS. Мазки брали до бимануального исследования и кольпоскопии. Используемые инструменты были стерильными и сухими, поскольку вода и дезинфицирующие растворы разрушают клеточные элементы. При профилактическом осмотре женщин (цитологический скрининг) клеточный материал получали с поверхности влагалищной части шейки матки (эктоцервикса) и стенок цервикального канала (эндоцервикса), при наличии патологических изменений шейки матки – прицельно. В качестве инструмента для взятия материала из шейки матки при профилактическом осмотре используются модифицированные щетки Cervix-Brush, Papette. С диагностической целью материал получают отдельно: шпателями из эктоцервикса, щетками типа Cytobrush из эндоцервикса. Полученный биологический материал наносился тонким слоем на предметное стекло и подсушивается на воздухе. Стекло маркировалось с указанием фамилии/кода и места взятия клеточного материала (шейка матки, цервикальный канал). Проводился скрининг на ВПЧ методом ПЦР (соскоб). Обследование проводилось в лаборатории «Олимп». На базе ГП № 6 проводилась кольпоскопия. Статистическая обработка данных по программе Stat10 SPS25.

Результаты исследования

Цитологический метод исследования является весьма чувствительным в диагностике предрака (дисплазий) и начального преклинического рака шейки матки (карциномы *in situ*, микроинвазивного и скрытого инвазивного рака). Цитологический скрининг позволяет выявить пациенток в преклинической фазе заболевания, использовать щадящие методы лечения, сокращать его сроки, снижать частоту инвалидизации и смертности. Скрининговое цитологическое исследование шейки матки рекомендуется проводить ежегодно всем женщинам с 30 лет в Казахстане независимо от клинических показаний. При наличии клинических изменений частота цитологического исследования определялось врачом-гинекологом [6-7]. Для возникновения и развития многих патологических процессов существенное значение имеет особенность анатомического строения шейки матки и, в частности, состояние и взаимоотношение эпителиальных слоев

влагалищной части шейки цервикального канала. Как правило, предраковые изменения, а затем и малигнизация, возникают в месте перехода многослойного плоского эпителия влагалищной порции шейки матки в цилиндрический эпителий цервикального канала (зоне трансформации), расположенного (в фертильном возрасте) в области наружного зева. Под влиянием гормональных факторов, травм, воспалительных процессов, диатермокоагуляции зона трансформации (зона стыка) может значительно варьировать. В период увядания овариально-менструальной функции в связи с процессами атрофии уровень стыка поднимается высоко в цервикальный канал. В 95-97% случаев злокачественная трансформация происходит в клетках плоского эпителия, в остальных – в клетках цилиндрического эпителия цервикального канала. По результатам нашего исследования средний возраст обследованных составил 56,5 лет. Продолжительность постменопаузы составило 4,9 лет. В анамнезе 56,3% женщин имели 3 родов и 4 аборта. Количество женщин не имевшие беременность составило 1%. Из числа обследованных по скринингу 15,6% женщин в анамнезе имели 1 беременность, которая закончилась медицинским абортom. В анамнезе у 72% женщин имели хроническое воспаление придатков. 32% женщин в анамнезе имели диатермокоагуляцию по поводу эрозии шейки матки. При анализе результатом обследования выявлены следующие фоновые и реактивные изменения: среди обследованных (ASCUS) – 30 %; соответствующие легкой дисплазии (LSIL), – 20 %; патология эпителия шейки матки по типу умеренной и тяжелой дисплазий (HSIL) – 1 %; ранний рак (CIS) и инвазивный рак шейки матки не обнаружен. Всем женщинам, у которых выявлены изменения в результатах онкоцитологии проведены кольпоскопия и скрининг на ВПЧ. По результатам, проводившей кольпоскопии, у всех женщин с различными изменениями цитологии выявлен атрофический вагинит. При проведении скрининга на ВПЧ у 1 женщины обнаружен только ВПЧ тип 16, 18, которая в последствии проконсультирована в г. Алматы в НИИ радиологии и онкологии и была проведена ампутация шейки матки. Всем женщинам проведено лечение атрофического вагинита с последующим контролем лечения. В контроль лечения включала в себя повторная кольпоскопия и повторное взятие мазка на онкоцитологию. Результаты кольпоскопии и мазка на онкоцитологию были в пределах нормы.

Выводы

По результатам нашего исследования по скринингу рака шейки матки в постменопаузе выявлено у 51% различные изменения цитологии и в 0,33% обнаружен ВПЧ тип 16,18. Скрининг рака шейки матки позволяет снизить заболеваемость запущенными формами рака шейки матки.

Список литературы:

1. Бекмухамбетов ЕЖ, Балмагамбетова СК, Жылкайдарова АЖ, Елеубаев ЖБ, Койшыбаева АК, Уразаев ОН, Каримсакова БК. Современные тенденции в области скрининга рака шейки матки Онкология и радиология Казахстана 2017;2(44):30–38.
Bekmukhambetov YeZh, Balmagambetova SK, Zhylkaidarova AZh, Yeleubayeva ZhB, Koyshybayev AKUrazayev ON, Karimsakova BK. CURRENT TRENDS IN THE FIELD OF CERVICAL CANCER SCREENING. 2017;2(44):30–38. ONKOLOGIYA I RADIOLOGIYA KAZAHSTANA (In Russian)
2. Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase; Lyon, 2004;
3. Бекмухамбетов ЕЖ, Балмагамбетова СК, Койшыбаев АК, Уразаев ОН, Еримбетова ГГ, Каримсакова БК. Инфицированность вирусом папилломы человека и осведомленность о вакцинации против рака шейки матки у женщин г. Уральска Западно-Казахстанской области Медицина 2017;6(180):27–36.
INFICIROVANNOST VIRUSOM PAPILLOMI CHELOVEKA I OSVEDOMLENNOST O VAKCINACII PROTIV RAKA SHEIKI MATKI U JENSchIN. Medicina 2017;6(180):27–36. (In Russian)
4. Battakova Zh.E, Tokmurziyeva GZh, Khaidarova TS, Adayeva AA, Akimbaeva AA, Paltusheva TP Prevalence of Behavioral Risk Factors Among Adults of Kazakhstan EurAsian Journal of BioMedicine, International Medical Association Japan.2014;7(1)1–6.
5. Приказ Министерства здравоохранения РК №7 от 5 января 2011 г. «Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»
6. Приказ МЗ РК от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»
7. Приказ МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145 «О внесении изменений в № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»

ТҮЙІН

А.А. ЖОЛАМАН, Б.К. КАРИМСАКОВА, Н.А. АБЕНОВА,
С. А. АБДИЛЬДАЕВА

**ПОСТМЕНОПАУЗАДАН КЕЙІНГІ ЖАТЫР
МОЙНЫ ОБЫРЫНЫҢ СКРИНИНГІН
ТАЛДАУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшісі: Б.К.Каримсакова

Жатыр мойны обыры әлемде оның ішінде Қазақстанда өзекті мәселе болып тұр. Жатыр мойны обыры бойынша мемлекеттік бағдарламаның уақытында енгізілуі ҚР әйел денсаулығын сақтауда үлкен үлесін қосты. Қатерлі ісікті зерттеу халықаралық агенттігінің мәліметі бойынша әлемде жыл сайын 500 мыңнан астам жатыр мойны обыры тіркеледі және жыл сайын 300 мыңнан астам әйел өледі. 40–60 жас аралығында жатыр мойны обыры жиі кездеседі.

Зерттеу мақсаты: жатыр мойны обыры бойынша постменопаузада өткізетін скринингке талдау жүргізу. Зерттеудің нәтижесінде фондық және реактивті өзгерістер (ASCUS) – 30 %; жеңіл дисплазия (LSIL) – 20 %; жатыр мойны эпителийінің орташа және ауыр дисплазиясы (HSIL) – 1 %; ерте сатысындағы рак (CIS) және инвазивті жатыр мойны обыры анықталмаған. Жасалған кольпоскопия қорытындысы бойынша әртүрлі цитологиялық өзгерістері бар барлық

SUMMARY

A.A. ZHOLAMAN, B.K. KARIMSAKOVA,
N.A. ABENOVA, S.A. ABDILDAYEVA

**ANALYSIS OF SCREENING OF CERVICAL
CANCER IN POST-MENOPAUSE**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
Research advisor: B.K. Karimsakova

Cervical cancer is still an urgent problem throughout the world, as well as in Kazakhstan. The implementation of the state program for cervical cancer screening has become well-timed and has made a great contribution to protecting the health of the female population in Kazakhstan. According to the International Agency for Research on Cancer, more than 500 thousand new cases of cervical cancer are registered annually in the world and more than 300 thousand women die from it every year. Cervical cancer is more common in women aged 40–60.

Purpose: to conduct a screening analysis to identify cervical cancer in postmenopausal women. When analyzing the result of the examination, background and reactive changes (ASCUS) - 30% of the changes corresponding to mild dysplasia (LSIL) - 20%; pathology of the cervical epithelium as moderate and severe dysplasia (HSIL) - 1%; early cancer (CIS) and invasive cervical cancer were not detected. According to the results of colposcopy, atrophic vaginitis was detected in all women with various changes in cytology, as well as screening for HPV by PCR (scrap-

эйелде атрофиялық вагинит анықталған және ПЦР әдісімен адам папиллома вирусына (ВПЧ) скрининг жүргізілді. ПЦР әдісімен адам папиллома вирусының (ВПЧ) скрининг қорытындысы бойынша 1 әйелде адам папиллома вирусы (ВПЧ) тип 16, 18 анықталды. Барлық әйелге атрофиялық вагиниттің емі жүргізіліп қайтадан кольпоскопия мен онкоцитология жасалды. Зерттеудің қорытындысы қалыпты болды. Біздің зерттеу қорытындысы бойынша постменопаузада 51% әйелдерде цитологияда әр түрлі өзгерістер анықталды. 0,33% - адам папиллома вирусы (ВПЧ) тип 16, 18 анықталды. Жатыр мойны обырын анықтау бойынша өткізілетін скрининг жатыр мойны қатерлі ісігінің асқынған түрлерімен ауырды азайтуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: скрининг, жатыр мойны обыр, онкоцитология, ASCUS, ASC-H, LSIL, CIN.

A. A. ЖОЛМАНАН e-mail: ayzat.zholamanova@mail.ru

УДК 616.9:616-002.5-07

МРНТИ 76.29.50,76.29.53

А. ИШУТИНА, Б.С. БАЙСАЛБАЕВ, К.Т. ДЖАЙШЕВА

ДИАГНОСТИКА ВИЧ/СПИД – АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА ОБОИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПМСП

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

Научный руководитель: К.Т. Джайшева

Введение. Обследовано 26 пациентов с ВИЧ - ассоциированным туберкулезом, пролеченных в областном противотуберкулезном диспансере г. Актөбе с 2014-2019 гг. В работе использовали алгоритм диагностики туберкулеза на уровне ПМСП, который помимо общепринятых методов, включал бактериоскопию и методы ускоренной диагностики туберкулеза исследования мокроты и другого патологического материала, основанной на ПЦР диагностике (Xpert MTB/Rif). Исследование выявило значимые факторы риска, требующие внимания специалистов ПМСП для своевременной диагностики этих заболеваний.

Цель: определить значимые факторы риска у больных с ВИЧ/СПИД - ассоциированным туберкулезом для своевременной диагностики обоих заболеваний специалистами ПМСП.

Материалы и методы: методом сплошной выборки были отобраны 26 пациентов. Обследование пациентов проводилось по алгоритму диагностики туберкулеза на уровне ПМСП: бактериоскопия и методы ускоренной диагностики туберкулеза исследования мокроты и другого патологического материала, основанной на ПЦР диагностике (Xpert MTB/Rif). Также применялись рентгенологические и общеклинические методы исследования. Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции заключалась в определении спектра антител против антигенов ВИЧ с помощью ИФА и методом иммунного блоттинга. У всех пациентов определяли количество CD 4-лимфоцитов. Статистическая обработка проводилась по программе Statistica 10.

Результаты исследования: исследование выявило сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции у мужчин – 69,2%, в основном у жителей города – 76,9%. Туберкулез был выявлен при самообращении пациентов за медицинской помощью - 92,3%. Преобладали лица в возрасте 31-40 лет – 69,2%, большинство пациентов безработные – 92,3%. Не имели своего жилья – 65,4 %, не имели семью (холостые и разведенные) - 80,8%. Имели вредные привычки: курили – 80,8%, состояли с хроническим алкоголизмом на учете у нарколога - 57,7%, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – 26,9%. Туберкулез впервые выявлен у 26,9%, рецидив туберкулеза – у 73,1%. Легочные формы туберкулеза диагностированы у 65,4%, внелегочные у 7,7% и генерализованный туберкулезный процесс у 26,9% пациентов. Из них бактериовыделение выявлено у 65,4% больных. При отрицательном результате мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом простой бактериоскопии у 7 пациентов, туберкулезный процесс и бактериовыделение у них установлено методом ускоренной диагностики

туберкулеза (Хpert МТВ / Rif). Впервые ВИЧ – инфекция была выявлена в условиях ОПТД у 23,1 % пациентов больных туберкулезом. ВИЧ-инфекция предшествовала туберкулезу у 11 (42,3 %) пациентов. В анамнезе исправительно-трудовых колонии (ИТК) у 42,3 % пациентов.

Выводы. Определены в основном социальные факторы риска: безработица, отсутствие семьи и собственного жилья, наличие вредных привычек, потребление инъекционных наркотиков, пребывание в местах лишения свободы. Данное исследование позволило определить значимые факторы риска для обоих заболеваний, что позволит обратить внимание на этот контингент специалистов ПМСП для своевременной диагностики этих заболеваний.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ - инфекция, факторы риска, современные методы диагностики ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, легочный и внелегочный туберкулез.

Введение

Несмотря на снижение эпидемиологических показателей по туберкулезу в РК ухудшается ситуация по МЛУ-ТБ (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью) и ВИЧ-инфекции, которые наносят значительный материальный ущерб из-за потери трудоспособности и преждевременной смерти наиболее продуктивного населения [1,2]. По данным экспертов ВОЗ в 2015 г. зарегистрировано более 500 тыс. случаев туберкулеза (впервые выявленных и с рецидивом) в сочетании с ВИЧ инфекцией, а также в период с 2005 по 2015 г. от туберкулеза умерли 9,6 млн.лиц, живущих с ВИЧ [3,4]. Решение этой проблемы, по мнению экспертов ВОЗ, возможно лишь путем полноценной интеграции всех поставщиков медицинских и социальных услуг, в которой специалисты ПМСП играют важнейшую роль. Впервые туберкулез диагностируется не фтизиатрами, а специалистами ПМСП, поэтому использование современных методов его диагностики способствует своевременному его выявлению. Вместе с тем, именно специалисты ПМСП контролируют лечение пациентов на амбулаторном этапе, являясь основным связующим звеном между пациентом, его семьей, населением в целом и национальной системой здравоохранения.

Цель

Определить значимые факторы риска у больных с ВИЧ/СПИД - ассоциированным туберкулезом для своевременной диагностики обоих заболеваний специалистами ПМСП.

Материалы и методы

Обследование пациентов проводилось согласно нормативно – правовым актам, в которых утвержден комплексный план по борьбе с туберкулезом в РК на 2016-2020 гг, синхронный со стратегией ВОЗ «End TB». После выявления у пациента ВИЧ-инфекции обязательным является исключение туберкулеза, так как ВИЧ-инфицированные относятся к группе высоко риска по туберкулезу, поэтому пациент сразу же у специалистов ПМСП проходит диагностический алгоритм.

В исследовании были отобраны методом сплошной выборки 26 пациентов, находившихся на стационарном лечении в областном противотуберкулезном диспансере г. Актобе с 2014-2019 гг. Критерии включения:

пациенты старше 18 лет, диагноз туберкулеза, диагноз ВИЧ-инфекции, информированное согласие пациента. При обследовании пациентов с туберкулезом использовали алгоритм диагностики туберкулеза на уровне ПМСП, который включал бактериоскопию и методы ускоренной диагностики туберкулеза исследования мокроты и другого патологического материала, основанной на ПЦР диагностике (Хpert МТВ/Rif). Дополнительным позитивным моментом быстрого метода является выявление генетических мутаций резистентных как минимум к рифампицину, одному из основных противотуберкулезных препаратов первого ряда, что позволяет своевременно начать адекватную химиотерапию. Кроме того, применялись рентгенологические и общеклинические методы исследования. Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции заключалась в определении спектра антител против антигенов ВИЧ с помощью ИФА и методом иммунного блоттинга. У всех пациентов определяли количество СД 4-лимфоцитов. Демографические показатели включали пол и возраст пациента, социальный анамнез – информацию о вредных привычках и факторах риска по туберкулезу и ВИЧ-инфекции. Статистическая обработка проводилась по программе Statistica 10.

Результаты и обсуждение

С 2014 по 2019 гг. в половом отношении преобладали мужчины -18 чел (69,2%) и 8 (30,8 %) женщин. Из них 20 чел (76,9 %) жители города, 6 чел (23,1 %) села. Туберкулез был выявлен по самообращению у 24 пациентов (92,3 %), при профосмотре у 2 (7,7 %). Возраст пациентов варьировал от 21 до 49 лет. Из них в возрасте 21-30 лет - 3 (11,6 %). 31-40 лет - 18 (69,2 %) и 41-49 лет – 5 (19,2 %). Работали лишь 2 (7,7 %), остальные 24 (92,3 %) – безработные. Семейное положение пациентов: женаты (замужем) – 5 (19,2 %), разведены – 13 (50,0 %), холосты (не замужем) – 8 (30,8 %). Жилищно-бытовые условия: имели свою жилплощадь – 9 (34,6 %), проживали на съемной квартире - 10 (38,5 %), проживали на дачах – 7 (26,9 %). Вредные привычки: курили- 21 (80,8 %), злоупотребляли приемом алкоголя – 15 (57,7 %), ПИН (потребители инъекционных наркотиков) – 7 (26,9 %) и в анамнезе были в исправительно-трудовых колониях (ИТК) – 11 (42,3 %) пациента.

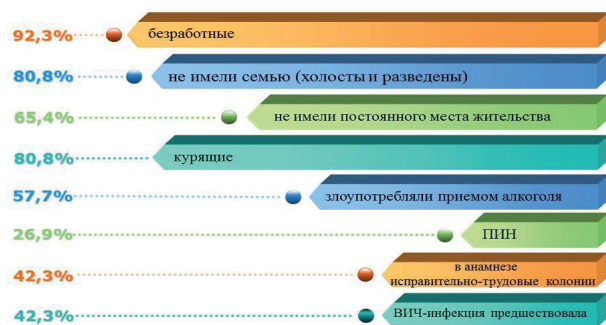


Рисунок 1. Факторы риска по ВИЧ-ассоциированному туберкулезу

Туберкулез выявлен впервые у 7 чел (26,9 %), рецидив у 19 (73,1 %). Легочные формы были выявлены у 17 пациентов (65,4 %), внелегочные формы у 2 (7,7 %) и генерализованный туберкулез диагностирован у 7 (26,9 %). Информация по годам поступления в областной противотуберкулезный диспансер и методам диагностики пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом представлена на таблице № 1.

Таблица №1

Сведения о поступивших больных и методах лабораторной диагностики пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом

Годы	Всего		Методы лабораторной бактериологической диагностики туберкулеза				
			Бактериоскопия мокроты		G-Xpert MTB/Rif		
			БК+	БК-	БК+	Rif-чувс	Rif-устойч
абс	%						
2014	4	15,4	3	1	1	1	-
2015	5	19,2	3	2	2	1	-
2016	6	23,1	4	2	1	-	1
2017	7	26,9	5	2	1	-	2
2018	2	7,7	1	1	1	1	-
2019	2	7,7	1	1	1	-	1
Всего:	26	100	17	9	7	3	4

Из представленных данных таблицы 1 следует, что больше всего пациентов больных туберкулезом и сопутствующей ВИЧ-инфекцией поступило в 2017 году – 7 (26,9 %), в 2016 году – 6 (23,1 %), 2015 г-5 (19,2 %), 2014 г – 4 (15,4 %) и 2018-2019 гг по 2 – по 7,7 %.

Бактериовыделение отмечено у 17 (65,4 %) пациентов. Следует отметить, что при отрицательном результате бактериоскопического анализа мокроты, наличие туберкулезного процесса установлено методом G-Xpert MTB/Rif у 7 (26,9 %) пациентов. Этим же методом сразу же выявлена устойчивость к рифампицину у 4 (15,4 %) исследуемых больных, что

позволит сразу же начать адекватную химиотерапию.

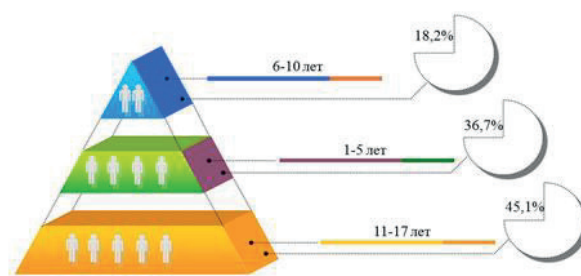


Рисунок 2. Сроки присоединения туберкулеза к ВИЧ-инфицированным.

Впервые ВИЧ – инфекция была выявлена в условиях ОПТД у 6 (23,1 %) пациентов больных туберкулезом. ВИЧ-инфекция предшествовала туберкулезу у 11 (42,3 %) пациентов. Туберкулез присоединился к ВИЧ-инфекции в течении 1-5 лет – у 4 (36,7 %), 6-10 лет (18,2 %) и через 11-17 лет у 5 (45,1 %). Туберкулез предшествовал ВИЧ-инфекции у 15 (57,7 %) пациентов.

Выводы

Определены в основном социальные факторы риска: безработица, отсутствие семьи и собственного жилья, наличие вредных привычек, потребление инъекционных наркотиков, пребывание в местах лишения свободы. Данное исследование позволило определить значимые факторы риска для обоих заболеваний, что позволит обратить внимание на этот контингент специалистов ПМСП для своевременной диагностики этих заболеваний.

Список литературы:

1. Аликеева ЭА. Контроль ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Казахстан Туберкулез и болезни легких. 2017;95(11):43–48. *Aliekeva EA. Control of hiv-associated tuberculosis in the kazakhstan republic. Tuberculosis and Lung Diseases. 2017;95(11):43–48.*
2. Берикова ЭА. И др. Основные аспекты МЛУ/ШЛУ ТБ в Казахстане Фтизиопульмонология. 2016;2:14–15. *Berikov EA. Osnovnie aspekti MLU/ShLU TB v Kazahstane. Ftiziolpulmonologiya 2017;95(11):43–48.*
3. Мишин ВЮ, Мишина АВ, Левченко МВ. Сочетанные инфекции. Туберкулез и ВИЧ-инфекция. Consilium Medicum. 2017;19(11):59–63. *Mishin VY, Mishina AV, Levchenko MV. Tuberculosis and HIV co-infection. Consilium Medicum. 2017;19(11):59–63.*
4. Вдоушкина ЕС, Бородулина ЕА, Калинин АВ, Рогожин ПВ. Туберкулез и болезни легких. 2018;96(12):64–65. *Vdoushkina ES, Borodulina EA, Kalinkin AV, Rogozhkin PV. Tuberculosis and Lung Diseases.*

- 2018;96(12):64–65.
- Chaisson RE, Golub JE. Preventing tuberculosis in people with HIV-no more excuses. *Lancet Glob Health*. 2017;5(11):e1048–e1049.
 - Owiti P, Zachariah R, Bissell K, Kumar AMV, Diero L, Carter EJ, et al. Integrating tuberculosis and HIV services in rural Kenya: uptake and outcomes. *Public Health Action*. 2015;5(1):36–44.
 - Fox-Lewis A, Brima N, Muniina P, Grant AD, Edwards SG, Miller RF, et al. Tuberculosis screening in patients with HIV: an audit against UK national guidelines to assess current practice and the effectiveness of an electronic tuberculosis-screening prompt. *Int J STD AIDS*. 2016;27(10):901–905.
 - Tiberi S, Carvalho ACC, Sulis G, Vaghela D, Rendon A, Mello FCQ, et al. The cursed duet today: Tuberculosis and HIV-coinfection. *Presse Med*. 2017;46:e23–e39.
 - Dorman, Susan E. Current Opinion in HIV and AIDS: November 2018 - Volume 13 - Issue 6 - p 462-468.

ТҮЙІН

А. ИШУТИНА, Б.С. БАЙСАЛБАЕВ,
К.Т. ДЖАЙШЕВА

АМСК – МАМАНДАРЫМЕН ЕКІ АУРУДЫҢ ЖОҒАРЫ ҚАУПІ БАР ТОПТАРЫ АРАСЫНАН АИВ/ЖИТС ҚОСАРЛАНҒАН ТУБЕРКУЛЕЗДІ АНЫҚТАУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшісі: К.Т. Джайшева

Ақтөбе қаласы туберкулезге қарсы диспансерінде 2014-2019 жж. аралығында АИВ-инфекциясы және туберкулезге шалдыққан 26 пациенттің зерттеулері көрсетілген. Зерттеуде АМСК деңгейінде қолданылатын, жалпы зерттеу әдістелерімен қатар, қақырықтың және басқа да патологиялық материалдардың бактериоскопиялық және ПТР диагностикасына негізделген туберкулезді тез арада анықтайтын әдістер пайдаланды. Зерттеу барысында, осы екі дерттеменің уақытылы анықталуы үшін АМСК мамандарының назарына бірнеше маңызды факторлар көрсетілген.

Мақсаты: АМСК мамандарымен ЖИТС/АИВ-инфекциясына қосарланған туберкулезді уақытылы анықтау үшін маңызды факторларын белгілеу.

Материалдары мен әдістері: үздіксіз іріктеу әдісімен 26 пациент алынған. АМСК деңгейінде туберкулезді анықтайтын алгоритм арқылы пациенттердің тексеруі атқарылды: қақырықтың және басқа да патологиялық материалдың бактериоскопиясы және ПТР диагностикасына негізденген туберкулездің тездетілген диагностикалық әдістері (Xpert MTB/Rif). Сонымен қатар, рентгендік және жалпы клиникалық әдістерде қолданылды. АИВ-инфекциясының серологиялық диагностикасы АИВ антигендерге қарсы антиденелер спектрі ИФА және иммуноблоттинг арқылы белгіленді. Барлық пациенттерден СД 4-лимфоциттер саны анықталды. Статистикалық өңдеу Statistica 10 бағдарламасы арқылы есептелді.

Зерттеу нәтижелері: 69,2% – АИВ инфекциясы қосарланған ер адамдарда анықталды, оның 76,9 % қала тұрғындары. 92,3 % пациенттерде туберкулез тексеруге өздігімен келгенде білініп отыр, олардың

SUMMARY

A. ISHUTINA, B.S. BAISALBAYEV,
K.T. DZHAYSHEVA

DIAGNOSTICS OF HIV/AIDS - ASSOCIATED TUBERCULOSIS AMONG HIGH-RISK GROUPS OF BOTH DISEASES BY GMS SPECIALISTS

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
Research advisor: K.T. Dzhasheva

26 patients with HIV - associated tuberculosis were examined. They were hospitalized in the regional TB dispensary in Aktobe from 2014-2019. We used an algorithm for diagnosing tuberculosis at the primary health care (PHC) stage, which, in addition to generally accepted methods, included bacterioscopy and methods for accelerated diagnosis of tuberculosis in sputum and other pathological material based on PCR (polymerase chain reaction) diagnostics (Xpert MTB/Rif). During the study, significant risk factors were identified that GMS specialists need attention for the timely diagnosis of these diseases.

Purpose: to identify significant risk factors in patients with HIV/AIDS - associated tuberculosis for the timely diagnosis of both diseases by PHC specialists.

Methods: 26 patients were selected by the method of continuous sampling. The examination of patients was carried out according to the algorithm for diagnosing tuberculosis at the PHC stage: bacterioscopy and methods of accelerated diagnostics of tuberculosis by examining sputum and other pathological material based on PCR diagnostics (Xpert MTB/Rif). X-ray and general clinical research methods were also used. Serological diagnosis of HIV infection consisted in determining the spectrum of antibodies against HIV antigens using EIA (enzyme immunoassay) and the method of immune blotting. The number of CD 4-lymphocytes was determined in all patients. Statistical processing was carried out using the Statistica 10 program.

Results: the study revealed a combination of tuberculosis and HIV-infection in men – 69.2%, mainly in city residents – 76.9%. Tuberculosis was detected during self-referral of patients for medical care – 92.3%, persons aged 31-40 years prevailed – 69.2%, the majority of patients were unemployed – 92.3%. 65.4% did not have their own home, 80.8% did not have a family (single and divorced).

69,2 % жасы 31-40 аралығында, 92,3 % - жұмыссыз. 65,4 % – үйсіз, 80,8 % - отбасы жоқ (некеге тұрмаған немесе ажырасып кеткен). Зиянды әдеттері бар: темекі тартатындар – 80,8 %, наркологта тіркеуде созылмалы алкогольизммен тұратындар – 57,7 %, инъекциялық наркотиктердің тұтынушылары – 26,9 %. Туберкулез алғаш рет анықталған - 26,9 %, қайталанған туберкулез – 73,1 %. Өкпе туберкулезі анықталған – 65,4%, өкпеден тыс туберкулез түрлері – 7,7% және туберкулездің генерализацияланған түрлері – 26,9% пациенттерде табылды. Соның ішінде - 65,4% бактерия бөлушілер. 7 пациентте қарапайым бактериоскопия зерттеуі арқылы анықталмаған туберкулез микобактериялары (ТМБ), заманауи тездетілген туберкулезді анықтайтын (Xpert MTB / Rif) әдістемесі табылып отыр. 11 (23,1 %) пациентте АИВ-инфекциясы туберкулезге шалдыққан науқастарда алғаш рет ОТҚД анықталған. 42,3 % – пациенттің анамнезінен бас бостандығынан айыратын жерде болғандығы анықталды.

Қортындылары. Қауіп негізі болып тұрған әлеуметтік факторлар: жұмыссыздық, отбасының және өз үйінің болмауы, зиянды әдеттерінің болуы, инъекциялық наркотиктерді тұтынуы, бас бостандығынан айыратын жерде болуы. Бұл зерттеу екі ауру үшін де маңызды қауіп факторларын анықтауға және АМСК мамандарының назарын оларды уақытылы диагностикалау үшін аударуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: туберкулез, АИВ - инфекция, қауіп факторлары, АИВ-қосарланған туберкулезді анықтайтын тездетілген заманауи әдістер, өкпе, өкпеден тыс туберкулез.

К.Т. Джайшева kdzhaysheva@mail.ru

УДК 616.12-008.331.1:615.03
МРНТИ 76.29.30, 76.31.29

Ж. КИСИМОВ, Л.М ТУЛЕГЕНОВА

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ПРИЕМУ МЕДИКАМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан
Научный руководитель: Л.М. Тулегенова ORCID - 0000-0002-9915-7141, SPIN-код 7564-6964

Артериальная гипертензия (АГ) в клинической практике остается главной причиной сердечно-сосудистых катастроф.

Цель работы: Определить гендерные различия приверженности к лечению больных АГ, состоящих на диспансерном учете у врачей общей практики на этапе ПМСП.

Методы. Обсервационное одномоментное исследование в поликлинике №3 г.Актөбе. Проанкетировано 146 пациентов с АГ 2-3 степени состоящих на «Д» учете (средний возраст 58,4±9,5 лет): 72 мужчин, 74 женщины. Пациенты заполняли анкету «Шкала оценки медикаментозного комплаенса». Статистическая обработка методом описательной статистики.

Результаты: По результатам анкетирования установлено, что женщины более ответственно относятся к приему лекарств (82,6%, у мужчин – 77,8%). Заинтересованность в приеме препаратов была выше у женщин – 82,6%, чем у мужчин – 77,8%. Оба пола одинаково высказывали опасения в отношении побочных эффектов лекарственных средств. У мужчин отмечалось в 23,8% наличие когнитивных нарушений, тогда как, у женщин этот показатель был ниже – 15,2%.

Выводы. Женщины показали лучшие результаты по отношению к медикации: самостоятельный прием лекарств, лучшая оценка назначения на различных этапах лечения. Женщины предпочитают парентеральные способы введения лекарств, мужчины пероральное. У мужчин статистически достоверно отмечается высокий уровень социального функционирования, адаптации. У мужчин чаще отмечается наличие когнитивных нарушений. По разделу «Факторы связанные с лечащим врачом» пациенты дали оценку «средняя», но женщины чаще давали высокую оценку.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, комплаенс, гендерные различия.

ВВЕДЕНИЕ.

Артериальная гипертензия (АГ) имеет высокое распространение в Республике Казахстан как и во всем мире. Проблема приобрела социальную значимость, поэтому пациентам в Казахстане основные антигипертензивные препараты выдают бесплатно. В клинической практике АГ остается главной причиной сердечно-сосудистых катастроф. Имеются значительные успехи в лечении АГ, но более 50% диагностированных больных имеют плохой контроль АГ [1]. Среди причин неадекватного контроля артериального давления (АД) решающее значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость антигипертензивной терапии, а также отсутствие приверженности больных к лечению (комплаенс) [2]. Эффективный контроль АД возможен лишь при достижении 80% приверженности к лечению [3]. Изучение приверженности к лечению является актуальным направлением в науке [4]. Например, публикации Feehan M at al. (2017) в кросс-секционном исследовании факторов, предсказывающих низкую приверженность к лечению по самооценке у большой выборки взрослых (9202 чел.) в общей популяции США выявили низкую приверженность у 42,0%; имеется связь комплаенса с возрастом и этнической принадлежностью [5]. Однако авторы не выделяют проблему в разрезе гендерных различий, как и многие другие исследователи. Выявление особенностей комплаенса больных АГ у мужчин и женщин является важным аспектом проблемы.

ЦЕЛЬ.

Определить гендерные различия приверженности к лечению больных АГ, состоящих на диспансерном учете у врачей общей практики на этапе ПМСП.

МЕТОДЫ.

В поликлинике №3 г.Актобе было проанкетировано 146 пациентов (средний возраст $58,4 \pm 9,5$ лет) с АГ 2-3 степени, состоящие на диспансерном учете. В I группе 72 мужчин (М), средний возраст $55,9 \pm 8,9$ лет, во II группе 74 женщины (Ж), средний возраст $61,7 \pm 9,2$ лет. Пациенты заполняли анкету «Шкала оценки медикаментозного комплаенса» (ШоМК), которая является клинической шкалой, предназначенной для определения прогноза уровня приверженности больного к длительному приёму медикаментов. ШоМК состоит из 5 блоков: 1. «Отношение к медикации» состоит 13 пунктов; 2. «Факторы, связанные с пациентом» - 4 пункта; 3. «Тенденции к саморазрушающему

поведению» - 3 пункта; 4. «Факторы, связанные с близким окружением» - 2 пункта; 5. «Факторы, связанные с лечащим врачом» - 2 пункта. Статистический анализ проведен методом описательной статистики в программе Statistica 6. Выборочная совокупность была описана с помощью абсолютных значений и процентных долей. Для выявления межгрупповых различий для категориальных переменных использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$, в тексте обозначено «*» после цифр.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Блок «Отношение к медикации» состоит 13 пунктов. В 1 пункте «Поведение при проведении медикаментозного лечения»: «Самостоятельный прием лекарств» отмечают 69,6% Ж, а М – 60,3%*, отмечается статистически достоверное отличие. Пациенты, которые находятся под интенсивным контролем АД имеют меньше сердечно-сосудистых событий и большую продолжительную жизни [6]. Мы позитивно расцениваем то, что большая часть пациентов обеих групп самостоятельно принимает лекарства. При этом показатель выше у Ж, что видимо, позволит прогнозировать большую продолжительность жизни у них.

«Прием препаратов под контролем мед.персонала, родственников» в большем проценте отмечают М – 38,1%*, Ж – 30,4%. «Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается)» у М – 1,6%, а Ж не отметили данный пункт. Практически пациенты не зависимо от пола получают лечение [7], но Ж более самостоятельны, они принимают лекарства без постороннего контроля.

На вопрос «Заинтересованность в приеме лекарств» статистически достоверных различий нет, но можно отметить тенденцию по «Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии», которая выше у Ж – 82,6%, у М – 77,8%. Женщины хоть и незначительно, но более ответственно относятся к приему лекарств. Карзухин П.М. и Кореннова О.Ю. (2015г) провели сравнительный анализ эффективности индивидуально и группового профилактического консультирования пациентов с АГ и выявили связь с плохой информированностью, после консультирования меняется отношение к медикации, увеличивается приверженность к лечению [8]. Наличие в нашей работе показателей на приблизительно одинаковом уровне в обеих группах

мы можем объяснить тем, что все пациенты ходят в поликлинику №3 г.Актобе на занятия в «Школе гипертоника»: проходят обучение, общаются в другими пациентами с АГ.

В 3 пункте «Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» нет гендерных различий. «Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации» М – 61,9%, Ж – 60,9 %. «Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия» М – 38,1%, Ж – 37,0 %. Только 2,2% Ж «Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма». [9].

В 4 пункте «Психологически обусловленное саботирование медикации» Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих) более выражен у Ж (4,6%), чем у М – 1,6%. Имеются статистически достоверные различия. У женщин чаще встречаются психологические проблемы [10]. У Ж более выражена личная (или внутренняя) стигматизация — предубеждение против себя самого, основанное на причастности к чему-либо («у меня хроническая неизлечимая болезнь, я болею АГ»). Как отмечает И. Гофман «стигме подвергаются те, кто не соответствует нормативным ожиданиям общества. Вопрос поддержания нормативных ожиданий — это вопрос не желания, не доброй воли, а соответствия: простого согласия с нормами общества недостаточно. Даже тот, кто поддерживает нормы общества, может при этом всё же попасть в группу стигматизированного меньшинства» [11]. У нас 4,6% Ж стигматизированы. Процент не высокий, но проблема требует более внимательного отношения к таким пациентам.

«Анамнестические сведения о нарушениях compliance» отмечены различия: если Ж чаще самостоятельно снижают назначенную дозировку (41,3%* vs 31,7%), то М просто прекращают прием лекарств (20,6%* vs 13,0%). По сравнению с женщинами мужчины более решительные— никаких «полумер» (снижение дозы), а сразу отказ от дальнейшего приема препаратов. [12].

В пункте «Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам» позитивное отношение более характерно для Ж – 43,5%* (М – 33,3%), тогда как у М преобладает нейтральное отношение (М – 54%*, Ж – 43,5%). При этом отрицательного отношения не отмечают обе группы. Полученные результаты могут позволить оптимизировать эффективность лечения, конкретно выявляя у каждого больного при индивидуальной беседе этот пункт. В вопросе «Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии» большинство в обеих группах оценивают «средне» (М – 85,7%*, Ж – 67,4%), однако высокую оценку дают 21,7%* Ж (М – 7,9%).

[13]. Если судить в общем, то можно прогнозировать лучший результат у Ж.

«Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов» гендерных различий не определили. Мы предполагаем, что пациенты видят реальный результат, поэтому не фиксируется негативное отношение. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов улучшает результаты терапии, влияя на различные патогенетические механизмы повышения артериального давления и нивелируя контррегуляторные эффекты, возникающие при лечении каждым из компонентов комбинации. Применение фиксированных комбинаций значительно повышает приверженность пациентов лечению [14]

В пункте «Приемлемость парентерального способа введения препарата» явное предпочтение отдают Ж – 37,0%* (М – 23,8%). Но в общем большинство относится индифферентно: М – 71,4%, Ж – 60,9%. В следующем пункте «Приемлемость перорального приема препарата» М предпочитают пероральные препараты – 81%, у Ж: ниже процент удовлетворенности — 67,4% при более высоком проценте неудовлетворенности – 32,6% (М — 9%). [15]. На основе простых наблюдений из практически давно замечено, что Ж предпочитают «уколы», а М «боятся».

Гендерных различий нет по вопросу «Удовлетворенность режимом приема препарата». В исследовании в основном пациентам назначали пролонгированные препараты, которые надо принимать 1 раз в сутки, и редко — 2 раза.

«Доступность препарата»: При проведении анкетирования вопрос о доступности лекарственных препаратов мы считали это показателем финансово-материального достатка человека, и этот вопрос не связан с гендерными различиями. В итоге получилось, что М в основном (74,6%) отметили, что препараты вполне доступны, а Ж в 56,5%. Ж. наоборот посчитали, что лекарственные препараты им недоступны в 43,5% (М – 25,4%). Ответы нас удивили, поскольку и М и Ж получали антигипертензивные препараты бесплатно в поликлинике. Женщины считали, что административная, бюрократическая процедура получения лекарственных средств занимает некоторое время (NB! весьма небольшое).

В пункте «Информация о времени ожидаемого начала действия препарата» можем отметить единство мнений у обоих полов: получена М – 63,5%, Ж – 58,7%). Большинство больных заранее проинструктированы врачом о действии препарата, а некоторые больные самостоятельно изучают инструкцию препарата [15, 16].

Блок «Факторы, связанные с пациентом» - по всем 4 пунктам мы не нашли статистически достоверных отличий:

1. «Осознание болезни»: Наличие критики к

симптомам М – 47%, Ж – 47,8%. Инсайт (или озарение — непосредственное постижение, внезапное понимание чего-л., не выводимое из прошлого опыта) на психологические механизмы болезни М – 38,1%, Ж – 39,1%. Совершенно небольшой процент дают «Частичная критика» и «Отсутствие критики». Осознание болезни пациентом приходит с пониманием природы болезни, начиная со знания факторов риска, в том числе избыточный вес, ожирение, и дальнейшего развития болезни с осложнениями [17].

2. «Уровень продуктивной психопатологической симптоматики» - М и Ж охарактеризовали как средний (М – 73,2%, Ж – 78,5%). Психопатологическая симптоматика в огромной мере зависит от степени тяжести болезни, вклад в который оказывают разные показатели [18]. В исследование были отобраны амбулаторные больные, составляющие приблизительно однородную группу, сопоставимую по возрасту и тяжести болезни.

3. «Уровень негативной симптоматики» М – 87,3%, Ж – 80,4%.

4. «Частота рецидивирования» - низкая М – 58,7%, Ж – 54,3%; средняя М – 43,1%, Ж – 45,7%.

Блок «Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению» - в обеих группах отмечается низкая тенденции к саморазрушающему поведению (риснок 1)

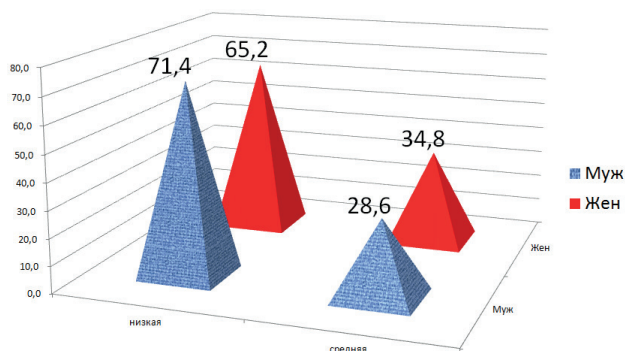


Рисунок 1 - Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению

«Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности» не отмечено различий в обеих обследованных группах [19].

«Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного»: у М статистически достоверно отмечается высокий уровень – 76,2% (Ж – 56,5%). Уровень дохода больного влияет на показатель социального статуса, адаптации. Исследование данных о доходе для населения США с 1999 по 2004 год показало, что более высокий доход был связан с большей продолжительностью жизни с течением времени и положительно коррелировал с показателями физических нагрузок [20]. Мы можем предположить, что в нашей обследованной группе пациентов не было выраженного расслоения. Наши пациенты не отметили низкий

уровень социального функционирования, адаптации больного. Видимо, это связано с тем, что в исследовании участвовали люди, у которых средний возраст составлял 58,4±9,5 лет, то есть это лица, сформированные в социальном плане.

«Наличие когнитивных нарушений»: М отметили в 23,8%*, тогда как у Ж этот показатель ниже – 15,2%. При АГ когнитивные нарушения имеют сосудистый генез. Полученные нами результаты исследования согласуются с данными клинической практики: мужчины чаще дают осложнения и в итоге выше смертность.

Блок «Факторы, связанные с близким окружением»:

«Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств» обе группы оценили как – средний (М – 83,5%, Ж – 84,2%).

«Отношение близкого окружения к медикации» всеми обследуемыми оценивается как «адекватное отношение». Необходимо создавать и удерживать мотивацию к лечению в течение длительного времени. Это задача, которая может быть решена при условии комплексной работы учреждений здравоохранения, образовательной и социальной сферы, а главное, ближайшего окружения пациента — его семьи [21].

Блок «Факторы, связанные с лечащим врачом»:

«Терапевтический альянс» большинство респондентов оценили как средний (М – 74,6%, Ж – 74,3%), только 4,3% женщин оценили как высокий.

«Адекватность врачебного наблюдения вне обострения» Ж дали высокую оценку в 17,4%, а М – 8,2%; низкую М – 33,3%, Ж – 34,8%; большинство охарактеризовали как средняя. Аналогичные результаты были получены в Китайском исследовании взаимосвязи между соблюдением антигипертензивной терапии и оценкой качества медицинской помощи у пациентов с гипертонией в Шанхае: выявлена слабая оценка качества медицинской помощи. Авторы подчеркивают, что положительная активация от взаимодействия врачей и пациентов может помочь улучшить соблюдение приема лекарственных средств пациентами [22]. Таким образом, как в нашем исследовании, так и у коллег «Больные по своему субъективному мнению не считают врачебный труд достойным высокой оценки».

ВЫВОДЫ:

1. Женщины показали лучшие результаты по отношению к медикации: самостоятельный прием лекарств, лучшая оценка назначений на различных этапах лечения.
2. Женщины предпочитают парентеральные способы введения лекарств, мужчины пероральное.
3. У мужчин статистически достоверно отмечается высокий уровень социального функционирования, адаптации.
4. У мужчин чаще отмечается наличие когнитивных нарушений.

5. «Факторы, связанные с лечащим врачом» пациенты дали оценку «средняя», но женщины чаще давали высокую оценку
- Список литературы:**
1. Оганов РГ, Гиляревский СР. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией. Здоровье Украины. 2008;9:47–49. *Kak uluchshit priverjennost k lecheniyu pacienta s arterialnoi gipertenziei. Zdorove Ukraini. 2008;9:47–49. (In Russian)*
 2. Тхостов АШ. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях. Клиническая психология в здравоохранении и образовании. 2011;2:2–3. *Problema formirovaniya priverjennosti lecheniyu pri hronicheskikh zabolevaniyah. Klinicheskaya psihologiya v zdravooxranenii i obrazovanii. 2011;2:2–3. (In Russian)*
 3. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. // Lancet 1975; 1: 1205–1207
 4. Конради АО, Полуничева ЕВ. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия. 2004;10(3):137–143. *Konradi A.O., Polunicheva Y.V. Inadequate compliance in the treatment of arterial hypertension: causes and ways of correction. "Arterial'naya Gipertenziya" ("Arterial Hypertension"). 2004;10(3):137-143. (In Russian)*
 5. Feehan M, Morrison MA, Tak C, Morisky DE, DeAngelis MM, Munger MA. Factors predicting self-reported medication low adherence in a large sample of adults in the US general population: a cross-sectional study. // BMJ Open. 2017 Jun 23;7(6):e014435. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014435
 6. Bress AP, Bellows BK, King JB et al. SPRINT Research Group. Cost-Effectiveness of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. // N Engl J Med. 2017 Aug 24;377(8):745-755
 7. Наумова ЕА, Шварц ЮГ. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя. Международный журнал медицинской практики. 2006;48–60. *Vipolnenie bolnimi vrachebnykh naznachenii_effektivni li vmeshatelstva_napravlennie na uluchshenie etogo pokazatelya. Mejdunarodnii jurnal medicinskoj praktiki. 2006;48–60. (In Russian)*
 8. Карзухин ПМ, Кореннова ОЮ. Комплаентность пациентов с артериальной гипертензией и высоким сердечно-сосудистым риском после профилактического консультирования. Артериальная гипертензия. 2015;21(6):647-654. *Karazukhin PM, Korennova OYu. The preventive consultation efficiency in patients with arterial hypertension and high cardiovascular risk. Arterial hypertension. 2015;21(6):647-654.*
 9. Власова ЯФ. Особенности внутренней картины болезни при артериальной гипертензии в зависимости от приверженности к антигипертензивному лечению // Я.Ф. Власова. – Ульяновск. – 2001. – С. 3-5
 10. Кабанов ММ. Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса. Социальная и клиническая психиатрия. 1997;4:58–62. *Kabanov MM. Ohrana psicheskogo zdorovya i problema stigmatizacii i komplaensa. Socialnaya i klinicheskaya psihiatriya. 1997;4:58–62. (In Russian)*
 11. Власова ОА. Социология человека Ирвинга Гофмана: личность как сопротивление социальному в теориях стигматизации и тотальных институций. Социологический журнал. 2011;4:5–20. *Vlasova OA. Sociologiya cheloveka Irvinga Gofmana_lichnost kak soprotivlenie socialnomu v teoriyah stigmatizacii i totalnih institucii. Sociologicheskii jurnal. 2011;4:5–20. (In Russian)*
 12. Галявич АС, Давыдов СВ. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. Казанский медицинский журнал. 2001;3:198–202. *Galyavich AS, Davidov SV. Kachestvo jizni i priverjennost k lecheniyu bolnih gipertonicheskoi boleznyu. Kazanskii medicinskii jurnal. 2001;3:198–202. (In Russian)*
 13. Данилов ДС. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). Психиатрия и психофармакотерапия. 2008;10(1):13–20. *Danilov DS. Therapeutic collaboration (compliance): content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. 2008;10(1):13–20. Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. (In Russian)*
 14. Темникова ЕА. Новая фиксированная комбинация периндоприла, индапамида и амлодипина. «Три в одном» – путь к улучшению результатов терапии артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2017;14 (2):65–68. *Temnikova EA. Anew fixed combination of perindopril, indapamide and amlodipine. «Three in one» is the way to improve the results of arterial hypertension treatment. Systemic hypertension. 2017;14 (2):65–68*
 15. Григорьева ИВ, Евсеенко ВВ, Григорьев ВИ, Игумнов СА. Особенности внутренней картины болезни пациентов с артериальной гипертензией. Проблемы здоровья и экологии. 2001;6:61–65. *Grigoryeva IV, Evseyenko VV, Grigoryev VI, Igumanov SA. Features of inward disease pattern in patients with arterial hypertension. Problemi zdorovya i ekologii. 2001;6:61–65.*

16. Елфимова ЕВ. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность. Заместитель главного врача. 2009;11:18–25
Elfimova EV. Lichnost i bolezni_ «vnutrennyaya kartina bolezni»_ kachestvo jizni i priverjennost. Zamestitel glavnogo vracha. 2009;11:18–25(In Russian)
17. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
18. Kanoore Edul VS, Ince C, Estenssoro E et al. The Effects of Arterial Hypertension and Age on the Sublingual Microcirculation of Healthy Volunteers and Outpatients with Cardiovascular Risk Factors. // *Microcirculation*. 2015 Aug;22(6):485-492.
19. Пилипцевич НН, Пилипцевич АН, Короед ЕД, Павлович ТП. Взаимодействие врача и пациента - высокое искусство в достижении здоровья. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003;3:43–47.
20. Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The Association between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA* 2016;315:1750–1766
21. Данилов ДС. Механизмы формирования комплайенса и современные подходы к его оптимизации [Текст] / Д.С. Данилов // Российские медицинские вести. 2008;3:11–24.
22. Ren H1 Sheng X, Zhang H, Luo H, Xu J, Fu H. [A study on relationship between compliance with anti-hypertension therapy and assessment of quality of health care in patients with hypertension in community. // *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2014 May;48(5):345-349. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24985370>

ТҮЙІН

Ж. КИСИМОВ, Л.М. ТӨЛЕГЕНОВА

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ҰЗАҚ УАҚЫТ БОЙЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ГЕНДЕРЛІК АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшісі: Л.М. Төлегенова

Артериялық гипертензия (АҚ) клиникалық тәжірибеде жүрек-қан тамырлары апаттарының негізгі себебі болып қала береді.

Жұмыстың мақсаты: БМСК кезеңінде жалпы тәжірибе дәрігерлерінде есепте тұрған гипертониялық науқастарды емдеудегі гендерлік айырмашылықтарды анықтау.

Әдістер. Ақтөбе қаласындағы №3 емханадағы бір сатылы бақылау. Барлығы «D» тіркелімінде тіркелген АГ 2-3 дәрежелі 146 науқас сұралды (орташа жасы 58,4 ± 9,5 жас): 72 -ер адам, 74- әйел. Пациенттер «Есірткіге сәйкестігін бағалау шкаласы» сауалнамасын толтырды. Сипаттамалық статистика бойынша статистикалық өңдеу.

Нәтижелері: Сауалнама нәтижелері бойынша әйелдер дәрі-дәрмектерді қабылдауға көбірек жауап беретіні анықталды (82,6%, ерлер - 77,8%). Есірткі қабылдауға деген қызығушылық әйелдер арасында жоғары болды - ерлерге қарағанда 82,6% - 77,8%. Екі жынысты да есірткінің жанама әсері бірдей алаңдатты. Ерлерде когнитивті бұзылулардың 23,8%-ы байқалды, ал әйелдерде бұл көрсеткіш төмен - 15,2%.

SUMMARY

ZH. KISIMOV, L.M TULEGENOVA

GENDER DIFFERENCES IN ADHERENCE TO LONG-TERM MEDICATION USE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan
Research advisor: L.M. Tulegenova

Arterial hypertension (AH) in clinical practice remains the main cause of cardiovascular accidents.

Purpose: to determine gender differences in adherence to the treatment of hypertensive patients who are registered with general practitioners at the PHC stage.

Methods. There was an observational cross sectional study in polyclinic No. 3 in Aktobe. 146 patients with AH of 2-3 degrees registered in the “D” register were questioned (mean age 58.4 ± 9.5 years: 72 men, 74 women). Patients filled out the “Drug Compliance Assessment Scale” questionnaire. There was statistical processing by descriptive statistics.

Results: According to the results of the questionnaire survey, it was found that women are more responsible for taking medications (82.6%, for men - 77.8%). The interest in taking drugs was higher among women - 82.6% than among men - 77.8%. Both sexes were equally concerned about the side effects of drugs. In men, the presence of cognitive impairments was noted in 23.8%, while in women this indicator was lower - 15.2%.

Conclusions: Women showed the best results in relation to medication: self-administration of medication, better assessment of prescriptions at various stages of treatment. Women prefer extrabuccal administration, and men prefer preoral administration. Men have a statistically

Қорытынды. Әйелдер дәрі-дәрмектерге қатысты ең жақсы нәтиже көрсетті: дәрі-дәрмектерді өзін-өзі тағайындау, емдеудің әртүрлі кезеңдеріндегі рецептілерді жақсы бағалау. Әйелдер есірткіні парентеральды жолмен, ерлер пероральді қабылдауды жақсы көреді. Ер адамдарда статистикалық тұрғыдан алғанда әлеуметтік жұмыс пен бейімделудің жоғары деңгейі бар. Ер адамдарда когнитивті бұзылулар жиі кездеседі. «Емдеуші дәрігерге қатысты факторлар» бөлімінде пациенттер «орташа» деп бағалады, ал әйелдер жиі бағалайды.

Негізгі сөздер: артериялық гипертензия, комплаенс, гендерлік айырмашылық.

Ж. Кусимов E-mail: zhanbolat_96@mail.ru

УДК 616.248-08 (574.13)
МРНТИ 76.29.35

Л.ТУЛЕБАЕВА, Г.Р. ЖАКИЕВА, Н.З. ИБРАГИМОВА

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПМСП ГОРОДА АКТОБЕ

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

Научные руководители: Г.Р. Жакиева, Н.З. Ибрагимова

Введение. Приверженность пациента лечению является краеугольной проблемой в терапии любого хронического заболевания, и по заключению Всемирной организации здравоохранения, повышение приверженности терапии может иметь большее влияние на здоровье популяции, чем какое-либо улучшение в специфическом медицинском лечении. В данной статье проведена оценка приверженности лечению больных бронхиальной астмой (БА), факторов риска низкой приверженности.

Цель: оценить приверженность лечению у больных различного возраста с бронхиальной астмой (БА) в условиях ПМСП города Актөбе.

Материалы и методы. В исследование было включено 110 человек с диагнозом: БА легкой и средней степени тяжести различного генеза и возраста. Группа пациентов, участвующая в исследовании, была отобрана методом серийной выборки из списков в журналах диспансерных больных различного возраста и пола, состоящих на учете с диагнозом БА в ГП№1 на участках ВОП. Диагноз БА был выставлен в соответствии с «Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы» (GINA; 2019) В качестве методов оценки приверженности терапии, у пациентов с БА были использованы анкетирование, включающее в себя вопросы по применению ИГКС и опросник, заполняемый пациентом или его родителем самостоятельно в ходе устной беседы с опрашиваемым.

Результаты. По результатам настоящего исследования было выявлено, что 78% больных с БА, как взрослые, так и дети, имели относительно низкую приверженность приему ИГКС. Низкая приверженность была обусловлена как нежеланием самого пациента принимать препарат по каким-либо собственным причинам или убеждениям, так и забывчивостью пациента. В некоторых случаях его недостаточной информированностью о целях приема ИГКС. 32% больных из этой группы принимали ИГКС нерегулярно, нарушая график приема препаратов, 16% пациентов применяли ИГКС лишь тогда, когда у них отмечались симптомы удушья. 10% - следовали назначениям врача лишь в период обострения, получая терапию ИГКС короткими курсами. Около 20% исследуемых из группы с низкой приверженностью на вопрос о препарате контроля называли КДБА (Сальбутамол или Вентолин), что свидетельствует о неосведомленности пациентов в отношении лечения БА.

Выводы. По результатам проведенного исследования, отмечается низкий комплаенс пациентов страдающих БА. Более половины всех больных состоящих на учете с данным диагнозом, так или иначе нарушают назначение врача, что не может не сказываться на уровне их контроля над бронхиальной астмой. Отсутствие приверженности пациентов объясняется в большинстве случаев низким уровнем знания о заболевании, или ошибочно сформированным мнением.

Ключевые слова: бронхиальная астма, приверженность лечению, ингаляционные кортикостероиды.

Введение.

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей остается актуальной проблемой современной медицины, поскольку заболеваемость и распространенность этого заболевания продолжает расти. Успехи в лечении этого заболевания, достигнутые в течение трех последних десятилетий, значительны. Они позволили резко снизить смертность от БА, свести у минимуму случаи так называемого «астматического статуса». Ведущую роль в этом сыграла глобальная инициатива GINA, объединившая многих мировых экспертов в работе над созданием единого руководства, которое ежегодно обновляется (1). Согласно официальной статистике число взрослых и детей больных бронхиальной астмой каждый год возрастает на 1,5%, составляя на 2019 год 339 млн. человек (2). По результатам независимого исследования CORE в Казахстане на 1000 человек приходится 19, у которых когда-либо была диагностирована БА. За последние годы в РК отмечается рост больных с бронхиальной астмой на 18,6%. Из них наибольший удельный вес приходится на детей в возрасте от 0-14 лет (3).

Ранняя диагностика заболевания, адекватная терапия и хорошая приверженность назначенному лечению значительно улучшает качество повседневной жизни пациентов, снижает риск развития обострений. За последние 15 лет во всем мире наблюдается положительная тенденция: отмечается увеличение доли больных с контролируемой формой заболевания благодаря развитию фармакотерапии БА. Наиболее эффективным методом достижения контроля над бронхиальной астмой по GINA 2019 в настоящее время считается адекватная базисная противовоспалительная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) (4)

Однако, по данным Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA), несмотря на все меры по распространению рекомендаций и наличие эффективных препаратов, данные международных исследований свидетельствуют о все еще низком контроле над бронхиальной астмой во многих странах (4).

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что примерно половина больных БА, как взрослых, так и детей, имеют низкую приверженность назначенной терапии для контроля симптомов БА (5).

Существует множество исследований по изучению мероприятий, направленных на повышение приверженности пациентов лечению. Кокрановский обзор, посвященный рандомизированным исследованиям эффективности различных методов повышения приверженности терапии при разных хронических заболеваниях, включал в том числе 13 клинических исследований по БА (6).

Основная причина неудовлетворительного

контроля за БА состоит в том, что у пациентов отмечается недостаточная приверженность назначенному лечению несоблюдение назначений врача, нарушение режима приема препаратов, а также неправильная техника ингаляции (7).

Приверженный лечению пациент вовремя и правильно принимает лекарство; принимает препарат в полной рекомендованной ему дозе; соблюдает рекомендованный образ жизни и диету; сохраняет психологическое равновесие и веру в успех терапии. Неприверженный пациент нарушает предписанный ему режим лечения, в большинстве случаев не осознавая, к каким последствиям это может привести.

Следует учитывать и так называемую преднамеренную плохую приверженность, в основе которой лежит ошибочное мнение о неэффективности базисной терапии или ее системных побочных эффектах. (7)

Плохая приверженность больного, особенно в детском возрасте, приводит к повышению риска развития обострений, и, как следует, к увеличению числа госпитализаций, влекущих за собой значительные расходы в бюджет.

Целью исследования является оценка приверженности лечению у больных с БА в условиях ПМСП города Актобе.

В задачи исследования входило анализ уровня приверженности лечению у больных различного возраста с БА, выявление причин недостаточной приверженности пациентов терапии.

Методы.

В исследование было включено 110 человек с диагнозом: БА легкой и средней степени тяжести различного генеза. Группа пациентов, участвующая в исследовании, была отобрана методом серийной выборки из списков в журналах диспансерных больных различного возраста и пола, состоящих на учете с диагнозом БА в ГП №1 на участках ВОП. Диагноз БА был выставлен в соответствии с «Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы» (GINA; 2019)

Объем выборки составил 110 человек: из них 25 детей, 85 взрослых (38 мужчин и 47 женщин). К моменту включения в исследование все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию БА.

В качестве методов оценки приверженности терапии у пациентов с БА были использованы анкетирование, включающее в себя вопросы по применению ИГКС и опросник, заполняемый, пациентом или его родителем самостоятельно в ходе устной беседы с опрашиваемым (8).

В опросник входили вопросы по частоте приступов, препаратам для купирования приступов, частоте приема базисных препаратов, причинах влияющих на прием препаратов.

Анкетирование включало в себя вопросы по выявлению факторов, связанных с терапией, а также по определению типа плохой приверженности.

Анкета

№		Да	Нет
1	Факторы, связанные с терапией (лекарства/режим применения)		
	Трудности с использованием ингаляционного устройства		
	Сложный режим применения препарата (несколько раз в день)		
	Разные ингаляционные устройства, требующие различной техники ингаляции		
2	Непреднамеренная плохая приверженность:		
	Непонимание инструкций		
	Забывчивость		
	Отсутствие режима дня		
	Высокая стоимость		
3	Преднамеренная плохая приверженность:		
	Мнение, что лечение не нужно		
	Отрицание БА/необходимости лечения или раздражение по поводу БА/необходимости лечения		
	Несоответствующие ожидания		
	Озабоченность касательно побочных эффектов (реальных или воображаемых)		
	Неудовлетворенность работниками здравоохранения		
	Культурные или религиозные аспекты		
Высокая стоимость			

Результаты.

По результатам настоящего исследования было выявлено, что 78% больных с БА, как взрослые, так и дети, имели относительно низкую приверженность приему ИГКС. 32% больных из этой группы принимали ИГКС нерегулярно, нарушая график приема препаратов, 16% пациентов применяли ИГКС лишь тогда, когда у них отмечались симптомы удушья. 10% следовали назначениям врача лишь в период обострений, получая терапию ИГКС короткими курсами.

Около 20% исследуемых из группы с низкой приверженностью на вопрос о препарате контроля называли КДБА (Сальбутамол или Вентолин), что свидетельствует о неосведомленности пациентов в отношении лечения БА.

Всего 22% пациентов всей выборки принимали базисные препараты каждый день, согласно режиму, установленному врачом. В качестве базисной терапии предпочтение отдавалось комбинированным препаратам Эйртек и Эрфлюсал, на второй месте находились Серетид Альвеско и Симбикорт. Значительно реже применялся Монтелукаст.

30% пациентов всей выборки были отнесены к группе с преднамеренно низкой приверженностью.

Часть из них отрицало необходимость лечения БА базисными препаратами (15%).

48% пациентов всей выборки составила группа с непреднамеренно низкой приверженностью. 15% исследуемых из данной группы обуславливали нарушение режима приема препаратов забывчивостью и отсутствием режима дня, 12% - высокой стоимостью препаратов, 21% пациентов испытывали трудности с использованием ингаляционного устройства.

Значительная доля пациентов ответила, что более ответственно отнеслась бы к приему базисных препаратов, зная о том, что это может улучшить качество их жизни.

Обсуждение:

Низкая приверженность была обусловлена как нежеланием самого пациента принимать препарат по каким-либо собственным причинам или убеждениям, так и забывчивостью пациента. Иногда его недостаточной информированностью о целях приема ИГКС. Большинство пациентов из группы с низкой приверженностью были, озабочены возможностью развития системных побочных эффектов в результате приема стероидных препаратов или не видели необходимость в их приеме.

У большинства пациентов имеется тенденция к недостаточному применению базисных препаратов и, напротив, избыточному использованию быстродействующих β_2 -агонистов (БДБА).

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о достаточно низком комплайнсе пациентов, страдающих БА. Более половины всех больных, состоящих на учете с данным диагнозом, так или иначе, нарушают назначение врача, что не может не сказываться на уровне их контроля над бронхиальной астмой. Неприверженность пациентов объясняется в большинстве случаев низким уровнем знаний о заболевании, или ошибочно сформированным мнением.

Выводы.

Для решения проблемы контроля лечения и формирования приверженности в ГП №1 уже в течение нескольких лет функционирует «Астма-школа», целью которой является дать пациентам и их родственникам представление о заболевании, рассказать о возможностях лечения бронхиальной астмы на современном этапе, научить самостоятельно распознавать приближающееся ухудшение состояния, предотвращать его, привить навыки самостоятельной помощи при приступе астмы. Однако такие факторы, как низкая посещаемость школы, отсутствие тесного партнерства между врачом и пациентом в этом вопросе снижают эффективность подобных мероприятий.

Таким образом, можно сделать заключение о необходимости более тесного взаимодействия врача с пациентом, составлении и совместном обсуждении индивидуального плана лечения, а также получении осознанного согласия пациента с проводимым лечением.

Список литературы:

1. Визель АА. Бронхиальная астма: современные тенденции в лечении. Вестник современной клинической медицины. 2011;4(3):14–17.
Vizel AA. BRONCHIAL ASTHMA: THE CURRENT TRENDS IN TREATMENT
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году. СТАТИСТИЧЕСКИЙ СБОРНИК - Астана: Агентство РК по статистике. 2019; 324:76.
4. Бейсебаева АК, Саурова ЗМ. Бронхиальная астма в Республике Казахстан. Вестник КАЗНМУ 2013;2:30–31.
Beisebayeva AK, Saurova ZM. Asthma in Republic of Kazakhstan. Vestnik KAZNMY (in Russian)
5. Global strategy for asthma management and prevention (update 2019).
6. L-P. Boulet, D. Vervloet, Y. Magar, J.Foster. Adherence: The Goal to Control Asthma. J. Clin Chest Medicine. September, 2012;405-417,
7. L. K. Williams, E. L. Peterson, K.Wells, D. Favro, D.E. Lanfear. Quatifying the proportion of severe asthma exacerbations attributable to inhaled corticosteroid nonadherence. J.Allergy and Clinical Immunology.P.October 24,2011;128(6):1185-1191
8. Ненашева НМ. Приверженность лечению больных бронхиальной астмой и возможные стратегии ее повышения. Практическая пульмонология.2014;4:1-9.
Nenasheva NM. Priverjennost lecheniyu bolnih bronhialnoi astmoi i vozmojnie strategii ee povisheniya. Prakticheskaya pulmonologiya. (In Russian)
9. Николаев Н.А, Скирденко ЮП. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Клиническая фармакология и терапия. 2018;27(1):74–78
Nikolaev NA, Skirdenko YuP. Rossiiskii universalnii oprosnik kolichestvennoi ocenki priverjennosti k lecheniyu (KOP-25). Klinicheskaya farmakologiya i terapiya. 2018;27(1):74–78 (In Russian)

ТҮЙІН

Л.ТУЛЕБАЕВА, Г.Р. ЖАҚИЕВА,
Н.З.ИБРАГИМОВА

**АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДА ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ
БАР ӘР ТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ
ЕМДЕЛУГЕ ҰМТЫЛЫСЫН БАҒАЛАУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшілері: Г.Р. Жақиева, Н.З.Ибрагимова

Түйіндеме: Науқастың емделуге деген ұмтылысы кез-келген созылмалы ауруды емдеудегі негізгі мәселе болып табылады және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының пікірінше терапияға деген ұмтылыстың жоғарылауы белгілі бір медициналық емдеудің жақсаруына қарағанда, халықтың денсаулығына көбірек әсер етуі мүмкін. Бұл мақалада бронх демікпесі бар науқастарды емдеуге деген ұмтылыстың деңгейі, төмен бейімділіктің қауіп факторлары бағаланды.

Мақсаты: Ақтөбе қаласының МСАК жағдайында бронх демікпесі (БА) бар әртүрлі жастағы науқастарды емдеуге бейімділікті бағалау.

Материалдар мен әдістері: Зерттеуге әр түрлі генезді және жастағы жеңіл және орташа ауырлықтағы БА диагнозы бар 110 адам енгізілді. Зерттеуге қатысқан пациенттер тобы ЖПД учаскелерінде №1 БП диагнозымен есепте тұрған әртүрлі жастағы және жыныстағы диспансерлік науқастар журналдарының тізімінен сериялық іріктеу әдісімен іріктелді. БА диагнозы «бронх демікпесін емдеудің және алдын алудың жаһандық стратегиясына» сәйкес қойылды

SUMMARY

L. TULEBAYEVA, G.R. ZHAKIYEVA,
N.Z. IBRAGIMOVA

**EVALUATION OF TREATMENT ADHERENCE
OF VARIOUS AGES PATIENTS WITH
BRONCHIAL ASTHMA IN PRIMARY HEALTH
CARE IN AKTOBE CITY**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
Research advisors: G. R. Zhakiyeva, N.Z. Ibragimova

Patient adherence to treatment is a foundation stone in the therapy of any chronic disease. According to the World Health Organization, increased adherence to therapy may have a greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatment. This article assesses the level of adherence to the treatment of patients with bronchial asthma, risk factors for low adherence and possible strategies for increasing adherence to therapy for this group of patients.

Purpose: to assess adherence to treatment of various ages patients with bronchial asthma in PHC conditions in Aktobe city.

Methods: The study included 110 people with a diagnosis of bronchial asthma in mild and moderate severity of various genesis and age. The group of patients participating in the study was selected by the method of serial sampling from the lists in the registers of dispensary patients of various ages and sex, registered with a diagnosis of BA at GP sites in city polyclinic #1. The diagnosis of asthma was made in accordance with the “Global strategy for the

(GINA; 2019) БА бар пациенттерде емге бейімділікті бағалау әдістері ретінде сауалнамаға қатысушымен ауызша әңгімелесу барысында пациент немесе оның ата-анасы дербес толтыратын ингаляциялық глюкокортикостероидтарды (ИГКС) қолдану жөніндегі сұрақтар мен сауалдарды қамтитын сауалнама пайдаланылды.

Нәтижелер: Осы зерттеу нәтижелері бойынша БА-мен ауыратын науқастардың 78% ересектер де, балалар да ИГКС қабылдауға салыстырмалы түрде төмен екендігі анықталды. Төмен міндеттеме пациенттің дәрі-дәрмекті өз себептері немесе нанымдары бойынша қабылдауға құлықсыздығынан да, пациенттің ұмытшақтығынан да туындады. Кейбір жағдайларда оның ИГКС қабылдау мақсаттары туралы жеткіліксіз хабардар болуы. Осы топтағы пациенттердің 32% - ы ИГКС-ті тұрақты қабылдамаған, дәрі-дәрмектерді қабылдау кестесін бұзған, пациенттердің 16% - ы ИГКС-ті тұншығу белгілері болған кезде ғана қолданды. 10% - олар дәрігердің нұсқауларын тек шиеленістер кезінде, қысқа курстарда ИГКС терапиясын алған кезде ғана орындады. Бақылау препараты туралы сұраққа төмен бейімді топтан зерттелгендердің шамамен 20% - ы қысқа әсерлі бета-агонистер (ҚӘБА) (Сальбутамол немесе Вентолин) деп аталды, бұл БА емдеуге қатысты пациенттердің хабардар екендігін көрсетеді.

Қорытынды. Зерттеу нәтижелері бойынша БА-мен ауыратын науқастардың емделуге ұмтылысының төмендеуі байқалады. Осы диагнозбен тіркелген барлық науқастардың жартысынан көбі дәрігердің тағайындауын бұзады, бұл олардың бронх демікпесін бақылауына әсер етпей қоймайды. Пациенттердің емделуге ұмтылысының болмауы көп жағдайда ауру туралы білім деңгейінің төмен болуымен немесе қате қалыптасқан пікірмен түсіндіріледі.

Негізгі сөздер: бронх демікпесі, емделуге ұмтылысы, ингаляциялық кортикостероидтар.

treatment and prevention of bronchial asthma” (GINA; 2019). A questionnaires including points on the use of inhaled glucocorticosteroids and worksheet filled out by the patient or his parent independently during an oral conversation with the respondent were used as methods of assessing adherence to therapy for patients with asthma.

Results: According to the results of this study, it was revealed that 78% of bronchial asthma patients, both adults and children, had a relatively low adherence to inhaled glucocorticosteroids intake. Low adherence was due to both the patient’s unwillingness to take the drug for any of his own reasons or beliefs, and the patient’s forgetfulness. In some cases, his lack of awareness of the purpose of taking inhaled glucocorticosteroids. 32% of patients from this group took inhaled glucocorticosteroids irregularly, breaking the schedule of drug intake, 16% of patients used inhaled glucocorticosteroids only when they had symptoms of suffocation. 10% of patients followed the doctor’s prescriptions only during the exacerbation period, receiving inhaled glucocorticosteroids therapy in short courses. About 20% of the subjects from the group with low adherence, when asked about the control drug, called Salbutamol or Ventolin, which indicates that patients are not aware of the treatment of bronchial asthma.

Conclusions: According to the results of the study, there is a low compliance of patients with bronchial asthma. More than half of all patients registered with this diagnosis violate the doctor’s prescription, which can affect the level of their control over bronchial asthma. The lack of adherence of patients is explained in most cases by a low level of knowledge about the disease or a mistakenly formed opinion.

Keywords: bronchial asthma, adherence to treatment, inhaled corticosteroids.

Г.Р. Жакиева, gulzhahanzhakieva@mail.ru.

УДК 616.36-004-071

МРНТИ 76.29.34

Д.БАЙЖАН, Н. ЧАГАЙ, О.М. АЛИЕВ, Н.А. СЕЙТМАГАМБЕТОВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ТЕСТ РЕЙТАНА): ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Научные руководители: О.М.Алиев, Н.А.Сейтмаганбетова

Методы. Исследование было проведено на базе гастроэнтерологического отделения больницы АМЦ, г. Актөбе за период с 2017- 2018год. Дизайн исследования: проспективное, одномоментное. Исследованы 108 пациентов: 62 (57,4%) мужчин, 46 (42,6%) женщин. Средний возраст пациентов составил 53,89±10,22 лет. В контрольную группу вошли 30 здоровых человек средний возраст 31,6±1,12 лет. Оценка стадий печеночной энцефалопатии определялась психометрическим методом по тесту Рейтана (Number Connection Test).

Результаты. Средний показатель теста связи чисел у пациентов с циррозом печени составил $87,93 \pm 4,7$ секунд, у 13 человек (12%) из них выявлена латентная стадия печеночной энцефалопатии, тест был выполнен за $53,4 \pm 5,9$ сек ($P > 0.05$). Среди больных 3 (2,7%) выполнили психометрический тест за $36,4 \pm 2,8$ секунд, что соответствовало нормальным показателям. Чем выше стадия цирроза печени, тем показатель психометрического теста прогрессивно ухудшается ($P > 0.05$).

Цель. Оценить степень печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени тестом Рейтана.

Выводы. 1 Средний показатель выполнения теста Рейтана на соединение чисел составляет $87,93 \pm 4,7$ секунд. ($p < 0,05$), с утяжелением стадий цирроза печени, показатель психометрического теста прогрессивно ухудшается ($P > 0.05$);

2. У 13 (12%) пациентов с латентной стадией, время выполнения теста составило $53,4 \pm 5,9$ секунд, а у 3 (2,7%) больных с латентной стадией были нормальные показатели $36,4 \pm 2,8$;

3. Проведение теста связи чисел не требует дополнительных затрат на оборудование и работу медперсонала, и может проводиться в домашних условиях.

Ключевые слова: тест связи чисел, тест Рейтана, печеночная энцефалопатия, скрытая энцефалопатия, психометрический тест.

Введение.

Во всем мире отмечается неуклонный рост цирроза печени (ЦП) с быстрой инвалидизацией пациентов. В последние десятилетия проводятся исследования о влиянии ЦП на выраженности печеночной энцефалопатии (ПЭ) психологические особенности личности [1-4]. Заболеваемость и распространенность печеночной энцефалопатии связана с тяжестью печеночной недостаточности и портосистемным шунтированием [5].

Распространенность явной печеночной энцефалопатии (ЯПЭ) на момент постановки диагноза цирроза составляет 10%-14% [6], в общей популяции, 16%-21% – у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, и 10%-50% у пациентов с трансъюгулярным внутрипеченочным портосистемным шунтированием (TIPS) [7]. Минимальная печеночная энцефалопатия (МПЭ), или скрытая печеночная энцефалопатия (СПЭ) развивается у 20%-80% пациентов с циррозом печени [8-10]. При минимальных проявлениях печеночной энцефалопатии регистрируются только изменения психометрических тестов, ориентированных на внимание, оперативную память, скорость психомоторных реакций и визуально-пространственные способности, а также электрофизиологические и другие функциональные измерения мозга [11]. Термин «минимальная» отражает тот факт, что нет клинических признаков, познавательных или других печеночных энцефалопатий. Термин «скрытая печеночная энцефалопатия» включает в себя минимальную печеночную энцефалопатию и печеночную энцефалопатию I степени.

Значимость выделения скрытой печеночной энцефалопатии объясняется двумя причинами: во-первых, она может предшествовать развитию клинически выраженной печеночной недостаточности; во-вторых, психомоторные нарушения, возникающие при латентной печеночной энцефалопатии оказывают отрицательное влияние на качество жизни пациента, приводя к снижению работоспособности. Риск возникновения минимальной и скрытой печеночной энцефалопатии у пациентов с хроническими заболеваниями

печени на 50% выше. Каждый пациент группы риска должен быть проверен на наличие когнитивных нарушений. Наибольшее распространение получили тест Рейтана связи чисел (ТСЧ) чувствительность которых при диагностике ПЭ достигает 80% [12-15]. Этот тест направлен на определение быстроты познавательной деятельности.

Рассматривая вопросы диагностики скрытой печеночной энцефалопатии, эксперты Европейской ассоциации по изучению печени EASL/AASLD Американской ассоциации по изучению заболеваний печени рекомендуют проведение различных нейрофизиологических и психометрических тестов. Среди большого числа методик, направленных на выявление скрытой печеночной энцефалопатии, эксперты EASL/AASLD особо подчеркнули значимость как простых, выполняемых на бумаге при помощи ручки (психометрическая шкала ПЭ), так и компьютеризированных (тест задержки времени реакции, тест Струпа, тест ингибиторного контроля и SCAN-тест) и нейрофизиологических (тест критической частоты слияния мельканий, электроэнцефалография) тестов [16-18].

Психические (и когнитивные, и поведенческие) и моторные признаки печеночной энцефалопатии могут быть не выражены или не прогрессируют параллельно, у каждого отдельного человека, что приводит к трудностям в определении стадии печеночной энцефалопатии.

Цель исследования.

Оценить степень печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени психометрическим тестом Рейтана.

Задачи исследования.

1. Определить стадии печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени по тесту связи чисел (Рейтана);

2. Определить частоту встречаемости латентной печеночной энцефалопатии.

Методы. Данное исследование было проведено на базе гастроэнтерологического отделения больницы

АМЦ, г. Актобе за период с 2017- 2018год. Дизайн исследования: проспективное, одномоментное. Исследованы 108 пациентов: 62 (57,4%) мужчин, 46 (42,6%) женщин. Средний возраст пациентов составил $53,89 \pm 10,22$. В контрольную группу вошли 30 здоровых человек без серьезных органических заболеваний (12 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 21 до 55 лет (средний возраст $31,6 \pm 1,12$). Исследуемые группы не имели различий по возрасту, полу ($p > 0,05$). Критериями включения в исследование являлись получение информированного согласия на участие в исследовании пациентов с хроническими гепатитами, верифицированный диагноз цирроза печени, положительный ПЦР тест на гепатит «С», возраст от 18 до 60 лет. К критериям исключения относились психические заболевания, цереброваскулярные заболевания, тяжелая сопутствующая патология (в стадии суб, декомпенсации), активная наркомания, ВИЧ –инфекция. Оценка стадий печеночной энцефалопатии определялась психометрическим методом по тесту Рейтана (Number Connection Test), который был рекомендован рабочей группой II Всемирного Конгресса Гастроэнтерологов, как обязательное обследование. С помощью этого теста оценивалась способность к совершению когнитивных движений. На чистом листе бумаги вразброс написаны цифры от 1 до 25, которые предлагают больному соединить последовательно (1-2-3-4-5и т. д.), в результате чего получается ломаная линия.

Тяжесть печеночной энцефалопатии определялась временем, затраченным пациентом на выполнение задания. При выполнении, теста связи чисел обследуемому необходимо, как можно быстрее соединить друг с другом по порядку цифры от 1 до 25, в пределах 40 сек. При отсутствии печеночной энцефалопатии задание выполнялось менее чем за 40секунд. Латентная стадия печеночной энцефалопатии (0стадия) — 41-60 сек.; 1 стадия печеночной энцефалопатии — 61-90 сек, 2 стадия — 91-120 сек, 3 стадия (прекома) — 121-150 сек, 4 стадия (кома) — больной не в состоянии выполнить тест [19 - 21]. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с определением средней арифметической (M), ее ошибки (m), степени достоверности с использованием критерия t Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона, непараметрический критерий U-тест по методу Манна– Уитни. Достоверными считались результаты при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Появление печеночной энцефалопатии сигнализирует о нарушении метаболизма мозга, в формировании которого лежат нарушение гематоэнцефалического барьера, действие токсических веществ, церебральная ишемия, церебральная гипоксия, образование эндотоксинов. В большинстве случаев имеет сочетание нескольких патофизиологических механизмов. Ведущими в клинической картине энцефалопатий являются когнитивные, эмоциональные и двигательные

нарушения. В то же время, несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования по поводу хронической печеночной энцефалопатии, в механизме её развития не исключается влияние сопутствующей патологии на ее течение и прогноз [22-27].

Тест связи чисел (тест Рейтана) является субъективным методом исследования, зависящим от ряда факторов: зрения, эффекта тренировки, когнитивных функций, образования и характера трудовой деятельности.

Этот метод является простым в использовании инструментом для скрининга малой печеночной энцефалопатии, для обнаружения когнитивных нарушений у пациентов с циррозом печени. Нарушения показателей тестов, указывали на наличие латентной печеночной энцефалопатии.

В нашем исследовании все пациенты имели незаконченное высшее образование. У всех обследуемых имелись жалобы астенического характера, проявляющихся в снижении памяти, изменении настроения и в нарушении сна. Данные субъективные симптомы предполагали у больных наличие печеночной энцефалопатии. Также нами оценивались биохимические показатели крови, которые имели отклонения от нормы, наблюдались гиперферментемия, гипербилирубинемия и гипоальбуминемия, что свидетельствовало о нарушении функции печени.

Результаты психометрического тестирования показали, что пациенты легко понимали поставленную перед ними задачу, выполняли ее с интересом, однако время, затраченное на выполнение тестов, превышало пограничный рубеж (ТСЧ<40 сек), данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Скорость выполнения теста связи чисел больными с циррозом печени

Параметр	Тест связи чисел	Количество больных (абс. число/проц)	P
Отсутствует ПЭ	$36,4 \pm 2,8$	3 (2,7%)	$P > 0,05$
Латентная стадия	$53,4 \pm 5,9$	13 (12%)	$P > 0,05$
I стадия	$76,2 \pm 7,8$	10 (9,3%)	$P > 0,05$
II стадия	$103,5 \pm 8,5$	71 (65,7%)	$P > 0,05$
III стадия	$135,7 \pm 9,2$	11 (10,2%)	$P > 0,05$
Средний показатель	$87,93 \pm 4,7$	108 (100%)	$P > 0,05$

Так, у пациентов с печеночной энцефалопатией время затраченное на выполнение теста связи чисел, средний показатель составил $87,93 \pm 4,7$ секунд. Причем, с утяжелением стадий цирроза печени, показатель психометрического теста прогрессивно ухудшался ($P > 0,05$). Тогда как пациенты (13 человек 12%) с латентной стадией печеночной энцефалопатии выполнили за $53,4 \pm 5,9$ сек ($P > 0,05$). Неожиданными оказались полученные результаты $36,4 \pm 2,8$ секунд, у 3 (2,7%) пациентов с циррозом печени, без клинических проявлений печеночной энцефалопатии, что

соответствовало нормальным показателям.

По литературным источникам, несмотря на высокую чувствительность теста связи чисел в диагностике печеночной энцефалопатии, тест является неспецифичным при определении данной патологии. Результаты психометрического тестирования, во многом определяются психоэмоциональным состоянием тестируемого [27-30].

Показатели теста связи чисел у пациентов с латентной печеночной энцефалопатией и контрольной группы оказались статистически недостоверными ($P > 0.05$), результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Сравнительный анализ пациентов с латентной печеночной энцефалопатией и контрольной группы

Параметр	Латентная ПЭ	Контрольная группа	p
Тест связи чисел	53,4±5,9	25,2±2,2	$P > 0.05$

Результаты теста зависят от уровня интеллекта, образования, вида профессиональной деятельности и от других факторов, в том числе от сопутствующей патологии.

Однако тест связи чисел не требует дополнительных затрат на оборудование и работу медперсонала, и может проводиться в домашних условиях.

Выводы

1 Средний показатель выполнения теста Рейтана на соединение чисел составляет 87,93±4,7 секунд. ($p < 0,05$), с утяжелением стадий цирроза печени, показатель психометрического теста прогрессивно ухудшается ($P > 0.05$);

2. У 13 (12%) пациентов с латентной стадией, время выполнения теста составило 53,4±5,9 секунд, а у 3 (2,7%) больных с латентной стадией были нормальные показатели 36,4±2,8 секунд;

3. Проведение теста связи чисел не требует дополнительных затрат на оборудование и работу медперсонала, и может проводиться в домашних условиях.

Список литературы

1. Голованова ЕВ. Механизмы фиброобразования при хронических заболеваниях печени и возможности антифибротической терапии. Гастроэнтерология. 2014;8:52–59. *Mehanizmi fibrozobrazovaniya pri hronicheskikh zabolevaniyah pecheni i vozmojnosti antifibroticheskoi terapii. Gastroenterologiya. 2014;16(8):52–59. (In Russian)*
2. Кутепов ДЕ. Оценка эффективности лечения пациентов с печеночной энцефалопатией. Казанский медицинский журнал. 2014;4:496–501. *Kutepov DE. ASSESSING TREATMENT EFFICIENCY IN PATIENTS WITH HEPATIC ENCEPHALOPATHY. Teoreticheskaya i klinicheskaya medicina 2014;4:496–501. (In Russian)*
3. Назыров ФГ, Девятков АВ, Бабаджанов АХ, Раимов СА. Особенности развития и течения осложнений цирроза печени в зависимости от этиологического фактора. Новости хирургии. 2013;4:45–50. *Nazyrov FG, Devyatov AV, Babadjanov AH, Raimov SA. Peculiarities of development and cause of liver cirrhosis complications depending on the etiological factor. Novosti Khirurgii. 2013;4:45–50.*
4. Филиппова ЛП, Белобородова ЕВ. Качество жизни больных циррозом печени в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы. Бюллетень сибирской медицины. 2012;4:152–157. *Filippova LP, Beloborodova YEV. Quality of life in patients with liver cirrhosis on the tone of vegetative nervous system. Byulleten sibirskoi medicini. 2012;4:152–157.*
5. Bajaj J.S., Schubert C.M., Heuman D.M., Wade J.B. et al Persistence of cognitive impairment after resolution of overt hepatic encephalopathy. Gastroenterology 2010;138:2332-2340
6. Jepsen P, Ott P, Andersen PK, Sorensen HT, Vilstrup H. The clinical course of alcoholic liver cirrhosis: a Danish population-based cohort study. Hepatology. 2010;51:1675-1682.
7. Nolte W, Wilfang J, Schindler C, Münke H, Unterberg K, Zumhasch U, et al. Portosystemic hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt in patients with cirrhosis: clinical, laboratory, psychometric, and electroencephalographic investigations. Hepatology. 1998;28:1215-1225.
8. Sharma P, Sharma BC, Puri V, Sarin SK Critical flicker frequency: diagnostic tool for minimal hepatic encephalopathy. J Hepatol. 2007; 47:6773.
9. Bajaj JS. Management options for minimal hepatic encephalopathy. Expert Rev Gastroenterol Hepatol .2008;2:785-790.
10. Romero-Gomez M, Cordoba J, Jover R, del Olmo JA, Ramirez M, Rey R, et al. Value of the critical flicker frequency in patients with minimal hepatic encephalopathy. Hepatology. 2007;45:879-885.
11. Amodio P, Montagnese S, Gatta A, Morgan MY. Characteristics of minimal hepatic encephalopathy. Metab Brain Dis 2004; 19:253-267.
12. Romero-Gomez M., Boza F., Garcia-Valdecasas MS. et al. Subclinical hepatic encephalopathy predicts the development of overt hepatic encephalopathy *American Journal of Gastroenterology. 2001; Vol.: 96 Issue: 9: 2718- 2723*
13. Ortiz M., Jacas C., Cordoba J Minimal hepatic encephalopathy: diagnosis, clinical significance and recommendations Journal of Hepatology. 2005; Vol.42:S45-S53
14. Ganesan S., Subramaniam AK., Kandasamy N., Radhakrishnan V A Study of usefulness of psychometric tests in diagnosis of minimal hepatic

- encephalopathy in patients with cirrhosis of liver
Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences – Jemds.2016;Vol.5.Issue:79:5889-5893
15. Полунина ТЕ, Маев ИВ. Печеночная энцефалопатия - выбор тактики лечения. *Consilium medicum*. 2007;2:8–13.
Pechenochnaya encefalopatiya-vibor taktiki lecheniya. Consilium medicum. 2007;2:8–13.(In Russian)
 16. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases. *J Hepatol*. 2014 Sep;61(3):642-59.
 17. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия. *Клиническая и специальная психология*. 2012;1.(2).
 18. Bajaj JS, Wade JB, Sanyal AJ. Spectrum of neurocognitive impairment in cirrhosis: implications for the assessment of hepatic encephalopathy. *Hepatology*. 2009;50:2014-2021.
 19. Kuntz E., Kuntz H.-D. Hepatic encephalopathy. *Hepatology. Principles and practice*. Springer. 2002; P. 234–54
 20. Layrargues GP. Movement dysfunction and hepatic encephalopathy. *Metabol Brain Dis* 2001; 16: 27–35.
 21. Моисеева Е.О. современные клинические и инструментальные методы диагностики печеночной энцефалопатии. *Вестник Смоленской медицинской академии*.2010;1:78-83.
Moiseeva E.O. sovremennye klinicheskie i instrumentalnye metodi diagnostiki pechenochnoi encefalopatii. Vestnik Smolenskoi medicinskoi akademii. 2010;1:78-83.(In Russian)
 22. Ардатская МД, Минушкин ОН. Современные подходы к диагностике и лечению печеночной энцефалопатии. *Гастроэнтерология*.2012;8:41–47.
Ardatskaya MD_ Minushkin ON. Sovremennye podhodi k diagnostike i lecheniyu pechenochnoi encefalopatii. Gastroenterologiya. 2012;8:41–47.
 23. Буеверов АО. Патогенетические основы печеночной энцефалопатии: фокус на аммиак. Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии.2012;6:3–10.
Buyeverov AO. Pathogenic bases of hepatic encephalopathy: focus on ammonia. Klinicheskie perspektivi v gastroenterologii, gepatologii. 2012;6:3–10. (In Russian)
 24. Морозова ТС, Гришина ИФ, Гурикова, ИА. Особенности церебральной гемодинамики у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени. *Казанский медицинский журнал*.2014;6:859–865.
Morozova TS, Grishina AF, Gurikova IA. Peculiarities of cerebral blood flow in patients with chronic diffuse liver diseases of viral etiology. Kazanskii medicinskii jurnal. 2014;6:859–865.(In Russian)
 25. Wang JY, Zhang NP, Chi BR et al. Prevalence of minimal hepatic encephalopathy and quality of life evaluations in hospitalized cirrhotic patients in China. *World J Gastroenterol* 2013; 9: 4984–91.
 26. Морозова ТС. Печеночная энцефалопатия: вопросы патогенеза, методы диагностики (обзор литературы) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. 2019;2(170):64–82.
Morozova TS. Hepatic encephalopathy: pathogenesis issues, diagnostic methods(literature review). , FGBOU VO «Uralskii gosudarstvennii medicinskii universitet» Minzdrava Rossii. 2019;2(170):64–82. (In Russian)
 27. Печеночная энцефалопатия при хронических заболеваниях печени. Практические рекомендации Европейской ассоциации по изучению печени и Американской ассоциации по изучению заболеваний печени. *Гастроэнтерология*.2015;2(82):124–135.
Pechenochnaya encefalopatiya pri hronicheskikh zabolevaniyah pecheni. Prakticheskie rekomendacii Evropeiskoi associacii po izucheniyu pecheni i Amerikanskoi associacii po izucheniyu zabolevanii pecheni. Gastroenterologiya. 2015;2(82):124–135. (In Russian)
 28. Weissenborn K, Ennen JC, Schomerus H, Ruckert N, Hecker H. Neuropsychological characterization of hepatic encephalopathy. *J Hepatol* 2001;34:768-773.
 29. Romero-Gomez M, Cordoba J, Jover R, del Olmo JA, Ramirez M, Rey R et al. Value of the critical flicker frequency in patients with minimal hepatic encephalopathy. *Hepatology* 2007;45:879-885.
 30. Bajaj JS, Hafeezullah M, Franco J, Varma RR, Hoffmann RG, Knox JF, et al. Inhibitory control test for the diagnosis of minimal hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 2008;135:1591-1600.

ТҮЙІН

Д. БАЙЖАН, Н. ЧАГАЙ, О.М. АЛИЕВ,
Н.А. СЕЙТМАҒАНБЕТОВА

**ЦИРРОЗДАҒЫ БАУЫР
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫҢ ДӘРЕЖЕСІН
АНЫҚТАУ (РЕЙТАН ТЕСТІ):
ПЕРСПЕКТИВАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, Ақтөбе, Қазақстан
Ғылыми жетекшілері Алиев О.М.,
Сейтмағанбетова Н.А.

Мақсаты. бауыр циррозымен ауыратын науқастарда энцефалопатия дәрежесін Рейтан тестімен анықтау.

Әдістер: Зерттеу 2017-2018 жылдар аралығында Ақтөбе қаласындағы АМЦ ауруханасының гастроэнтерологиялық бөлімшесінде жүргізілді. Зерттеу дизайны: проспективті, бір сәтті. Барлығы 108 науқас зерттелді: 62 (57,4%) ерлер, 46 (42,6%) әйелдер. Науқастардың орташа жасы - $53,89 \pm 10,22$ жасты құрады. Бақылау тобына орташа жасы - $31,6 + 1,12$ жас аралығындағы 30 сау адамдар алынды. Бауыр энцефалопатиясының сатыларын бағалау Рейтерт тесті (Number Connection Test) бойынша психометриялық әдіспен анықталды,

Нәтижелер: Бауыр циррозбен ауыратын науқастардағы сандарды байланыстыру тестінің орташа көрсеткіші $87,93 \pm 4,7$ секундты құрады, оның ішінде 13 адамда (12%) бауыр энцефалопатиясының жасырын кезеңі анықталды, олардың орташа көрсеткіші $53,4 \pm 5,9$ секундты құрады ($P > 0,05$). Психометриялық тест пациенттердің 3-інде (2,7%) қалыпты көрсеткішке сай келетін $36,4 \pm 2,8$ секунд болды. Бауыр циррозының сатысы неғұрлым жоғары болса, психометриялық тест жылдамдығы біртіндеп нашарлайды ($P > 0,05$).

Қорытынды: 1. Сандарды қосу Рейтан тестінің орташа көрсеткіші $87,93 \pm 4,7$ секундты құрайды. ($p < 0,05$), бауыр циррозы сатыларының жоғарылауымен психометриялық тест көрсеткіші біртіндеп нашарлайды ($P > 0,05$);

2. Латентті кезеңі бар 13 (12%) науқаста тестті орындау уақыты орташа көрсеткіш $53,4 \pm 5,9$ секундты құраса, ал жасырын сатысы бар 3 (2,7%) науқаста қалыпты көрсеткіш $36,4 \pm 2,8$ секунд болды;

3. Сандарды байланыстыру тесті жасағанда медперсонал жұмысына және жабдыктарға қосымша қаражат шығындары жұмсалмайды және оны үй жағдайында өткізуге болады.

Негізгі сөздер: сандарды байланыстыру тесті, Рейтан тесті, бауыр энцефалопатиясы, жасырын энцефалопатия, психометриялық тест.

Д.Байжан, e-mail: Ondasyn_Aliev@mail.ru; didi246548@mail.ru

SUMMARY

D. BAIZHAN, N. CHAGAY, O.M. ALIEV,
N.A. SEITMAGANBETOVA

**DETERMINING THE DEGREE OF HEPATIC
ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOSIS (REITAN
TEST): PROSPECTIVE STUDY**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
Research advisors: O.M. Aliev, N.A. Seitmaganbetova

Purpose: to assess the degree of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis of the liver by the Reitan test.

Methods: The study was conducted on the basis of the gastroenterological department of the AMC hospital in Aktobe for the period from 2017-2018. 108 patients were studied: 62 (57.4%) men, 46 (42.6%) women. The average age of the patients was 53.89 ± 10.22 years. The control group included 30 healthy people with an average age of $31.6 + 1.12$ years. Assessment of the stages of hepatic encephalopathy was determined by the psychometric method according to the Reitan test (Number Connection Test),

Results: The average indicator of the number relationship test in patients with cirrhosis was 87.93 ± 4.7 seconds, in 13 people (12%) of them a latent stage of hepatic encephalopathy was detected, the test was performed in 53.4 ± 5.9 seconds ($P > 0.05$). We performed a psychometric test for patients 3 (2.7%) in 36.4 ± 2.8 seconds, which corresponded to normal values. The higher the stage of liver cirrhosis, the progressively worse the indicator of the psychometric test ($P > 0.05$).

Conclusions: 1 Average Reitan test for joining numbers is 87.93 ± 4.7 seconds. ($p < 0.05$), with an increase in the stages of liver cirrhosis, the indicator of the psychometric test progressively worsens ($P > 0.05$);

2. In 13 (12%) patients with a latent stage, the test execution time was 53.4 ± 5.9 seconds, and in 3 (2.7%) patients with a latent stage, normal values were 36.4 ± 2.8 ;

3. The test of the connection of numbers does not require additional costs for equipment and medical staff, and can be carried out at home.

Keywords: numbers test, Reitan test, hepatic encephalopathy, latent encephalopathy, psychometric test.

УДК 616.89-008.454:616.127-005.8-053.8

МРНТИ 76.29.51, 76.29.30

А.А. КАМАЛОВА, Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА, Л.М. ЖАМАЛИЕВА

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРЕД ВЫПИСКОЙ ИЗ СТАЦИОНАРА

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

Научный руководитель: Л.М. Жамалиева

Известно, что депрессия и тревога после инфаркта миокарда широко распространены, недостаточно выявляются и депрессия ухудшает прогноз этих больных. Есть вмешательства, снижающие симптомы и улучшающие прогноз у пациентов после ИМ с психическими расстройствами, однако эффективность их зависит от дополнительных факторов риска, в том числе гендерной принадлежности. Данных литературы о влиянии пола на течение депрессии и тревоги в популяции Казахстана недостаточно.

Цель - оценить уровни депрессии и тревоги у пациентов, перенесших инфаркт миокарда перед выпиской из стационара, и оценить связь между уровнями депрессии/тревоги и полом.

Материалы и методы. В исследование включались все пациенты с ИМ, выписывавшиеся из стационаров г. Актобе с апреля по июнь 2019 года. Выборка составила 75 пациентов, мужчин 59 (78,7%). Тревожность и депрессия были оценены с помощью HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), условием отнесения к заболеванию считали 8 баллов и выше по этой шкале. Для количественных переменных рассчитаны медиана (и межквартильный размах), частоты; сравнения проводились с помощью хи-квадрат. Рассчитывали ОШ с 95%ДИ. Статистический анализ проводился в SPSS версии 25, статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст всех пациентов составил 58 (53-64) лет, женщин - 65 (58-72), мужчин - 57 (52-62). Модифицируемых факторов риска у мужчин было больше (курили 72,9%, у женщин этот показатель 0, ИМТ 27,7 против 25,3 кг/м², $p=0,049$), однако по показателям липидного обмена (общий холестерин (6,2 (5,1-6,9) против 5,03 (4,1-6,25)), ЛПНП (3,8 (1,72-4,22) против 3,0 (2,35-3,85)), маркеров воспаления (СРБ, тропонин) и состоянию коронарных сосудов (степень стеноза) профиль у женщин хуже. Тревога (HADS-A) выявлена у 18,7% пациентов, депрессия (HADS-D) - у 17,3%. Они не были связаны с возрастом, связь с полом обнаружена по HADS-A: у женщин встречаемость выше, чем у мужчин (37,5% vs 13,6%, $p=0,03$; ОШ 3,825 (95%ДИ 1,09-13,4)). HADS-D встречалась чаще у мужчин, однако различия не были значимыми (6,3% vs 20,4%, $p=0,187$; ОШ 3,83 (95%ДИ 0,46-31,9)).

Выводы. Женщины с инфарктом миокарда продемонстрировали повышенный риск тревожности, мужчины - депрессии. Данное исследование позволило определить тенденции и возможные связи депрессии и тревоги у пациентов с ИМ с полом и другими показателями физического состояния, однако необходимы дополнительные исследования с большими выборками для получения надежных данных.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, тревога, депрессия, гендерные различия.

Введение.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности в мире и основным препятствием для устойчивого развития человечества [1]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет свой значительный вклад в потерю здоровья во всех регионах мира [2], и все еще широко распространена в Казахстане.

Известно что депрессия и тревога после инфаркта миокарда (ИМ) широко распространены, недостаточно выявляются и депрессия, ухудшает прогноз этих больных [3-5]. Общеизвестно, что примерно каждый пятый пациент соответствует диагностическим критериям депрессии при госпитализации по поводу сердечного приступа [6-8] и каждый третий испытывает сильную тревогу [9].

О том, что наличие сопутствующих расстройств аффективного спектра (депрессии и тревоги) оказывает

негативное влияние на течение и прогноз при ОИМ, и даже является серьезным риском и прогностическим маркером ИБС и смертности от всех причин, американские авторы указывали еще в 2005 году [10,11]. Систематический обзор, проведенный по этому вопросу подтверждает рекомендацию, что Американская кардиологическая ассоциация должна поднять депрессию до статуса фактора риска у пациентов с ОКС [12]. Общенациональное популяционное когортное исследование, проведенное в Америке предоставило доказательства того, что при ОИМ увеличивается риск возникновения тревожных и депрессивных расстройств, а тревожные расстройство после ИМ связаны с более высоким риском рецидивирующего ИМ [13]. Более того, достаточно много исследований, показывающих, что наличие тревоги и депрессии увеличивает риск развития ИБС даже у здоровых людей [14-18]. Еще одно исследование, включавшее 5750 пациентов с

инфарктом миокарда, показало, что тревога после ИМ связана с повышением риска неблагоприятных сердечных исходов на 36% [19].

Согласно обобщенным результатам нескольких исследований, проведенных в России, среди пациентов с ИБС доля пациентов с расстройствами депрессивного спектра достигает 55,7% [20]. По результатам исследования, проведенного в г. Томске, установлено, что наличие у пациента симптомов тревоги или депрессии влияет также на причины неудовлетворительной приверженности лечению [21].

Есть вмешательства, снижающие симптомы и улучшающие прогноз у пациентов после ИМ с психическими расстройствами и своевременное выявление тревоги и депрессии во время ИМ могло бы использоваться для определения целей программ поддержки пациентов из группы риска [22]. Однако, эффективность этих вмешательств зависит от дополнительных факторов риска, в том числе гендерной принадлежности. Как известно, ИБС и ее острые формы имеют гендерные особенности развития, что определяют необходимость дифференцированного подхода к изучению значимости различных прогностических факторов у мужчин и женщин [23, 24].

Так, по результатам мета-анализа, включавшего 10 512 пациентов, госпитализированных по поводу инфаркта миокарда, риск смерти у женщин был выше чем у мужчин (уровень заболеваемости за 3 года составил 17,0% против 12,0%). Женщины с инфарктом миокарда как правило, старше, имеют больше сопутствующих заболеваний, таких как диабет, гипертония и сердечная недостаточность, что повышает риск смертности от всех причин по сравнению с мужчинами. При этом, как показал данный мета-анализ, для женщин более молодой возраст был менее защитным, чем для мужчин, т.е. молодые женщины подвержены более высокому риску смертности от всех причин, чем молодые мужчины. [25], такая же тенденция наблюдалась и по показателям госпитальной смертности [26]. При оценке распространенности ишемии миокарда, вызванной психическим стрессом, выяснилось что у женщин ишемия возникала чаще, чем у мужчин, причем женщины в возрасте 50 лет и младше, демонстрировали вдвое большую частоту (52% против 25%) [27, 28]. Хотя депрессия и тревога после ИМ очень распространены и чреваты, они по-прежнему недооцениваются и недостаточно лечатся [29]. Недооценка и отсутствие своевременной и адекватной медицинской помощи пациентам с депрессией и тревогой, связаны с тем, что данная проблема в нашей стране пока слабо изучается в связи с общеврачебной практикой и при ведении пациентов с соматическими заболеваниями, в частности у пациентов с ИМ.

Цель.

Оценить уровни депрессии и тревоги у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) перед выпиской

из стационара, и оценить связь между уровнями депрессии/тревоги и полом.

Материалы и методы.

Объектами исследования были пациенты, находившиеся на лечении в кардиологических отделениях больниц города Актобе с установленным диагнозом инфаркта миокарда с апреля по июнь 2019 года и выписанные на амбулаторное долечивание. Критериями включения в исследование являлись: возраст пациентов старше 18 лет, верифицированный диагноз ИМ, подписанное информированное согласие пациента для участия в исследовании. Ограничений по полу и возрасту не было. Перед включением в исследование было изучено наличие в анамнезе психических заболеваний и использование психотропных препаратов.

Выборка составила 75 пациентов, из них мужчин - 59 (78,7%),

Это исследование включало демографические данные (пол, возраст), данные о модифицируемых факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, индекс массы тела (ИМТ), показатели липидного обмена (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), маркеры воспаления (серо-реактивный белок (СРБ) и тропонин), состояние коронарных сосудов (степень стеноза), а также некоторые клинические показатели (систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС)). Клинико-демографическая характеристика больных представлена в таблице 1.

Психосоциальный статус пациентов был оценен с помощью бинарной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), которая в свою очередь делится на 2 подшкалы: «тревоги» и «депрессии». При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой подшкале, при этом результат менее 7 баллов расценивался как отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, а более 8 баллов - как их наличие [30].

Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS версии 25. Непрерывные переменные представлены в виде медианы с межквартильным размахом. Категориальные переменные представлены в виде абсолютных чисел и процентных долей. Сравнения между группами для категориальных переменных проводились с помощью критерия хи-квадрат. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен локальной этической комитетом ЗКГМУ имени Марата Оспанова, г. Актобе (протокол №4 от 29.01.18г).

Результаты.

Средний возраст всех пациентов составил 58 (53-64) лет, женщин - 65 (58-72), мужчин – 57 (52-62), женщины были статистически значимо старше мужчин.. Модифицируемых факторов риска у мужчин было больше (курили 72,9%, у женщин этот показатель 0), ИМТ 27,7 против 25,3 кг/м², p=0,05, объем талии (ОТ) 104 против 96,5, p<0,01, однако по показателям липидного обмена (общий холестерин 6,2 против 5,0 (p=0,04), ЛПВП 3,8 против 3,1 (p=0,04), маркеров воспаления (СРБ, тропонин, p=0,43) и состоянию коронарных сосудов (степень стеноза) профиль у женщин хуже (таблица 1).

По наличию в анамнезе тяжелой артериальной гипертензии и сахарного диабета различий в группах выявлено не было. Однако инфаркты в анамнезе чаще были у мужчин (p=0,04), а инсульты у женщин (p=0,06).

Тревога (HADS-A) выявлена у 18,7% пациентов, депрессия (HADS-D) – у 17,3%. Они не были связаны с возрастом, связь с полом обнаружена по HADS-A: у женщин встречаемость выше, чем у мужчин (37,5% vs

13,6%, p=0,03; ОШ 3,825 (95%ДИ 1,09-13,4)). HADS-D встречалась чаще у мужчин, причем половина случаев была представлена клинически выраженной депрессией, однако различия не были значимыми (6,3% vs 20,4%, p=0,19; ОШ 3,83 (95%ДИ 0,46-31,9) (таблица 2).

Обсуждение.

В настоящем исследовании мы оценивали уровни депрессии и тревоги у пациентов, перенесших ИМ перед выпиской из стационара, а также связь между уровнями депрессии/тревоги и полом. Наше исследование показало, что тревога (HADS-A) встречается у 18,7%, а депрессия (HADS-D) – у 17,3% всех обследованных пациентов. Связь с возрастом в данном исследовании не была обнаружена, связь с полом обнаружена по HADS-A. Тревога встречалась у женщин чаще, чем у мужчин (37,5% vs 13,6%, p=0,03; ОШ 3,825 (95%ДИ 1,09-13,4)). Депрессия же встречалась чаще у мужчин, однако различия не были значимыми (6,3% vs 20,4%, p=0,187; ОШ 3,83 (95%ДИ 0,46-31,9)).

Наши данные сильно отличаются от результатов литовского исследования [31] по распространенности

Таблица 1. Исходные характеристики пациентов мужского и женского пола

Переменные	Мужчины (n=59)	Женщины (n=16)	p
Возраст, лет	57 (52-62)	65 (58-72)	<0,01
ИМТ, кг/м ²	27,7 (25,3-30,4)	25,7 (23,3-27,8)	0,05
ОТ, см	104 (98-110)	96,5 (89-99,5)	<0,01
САД, мм рт.ст.	135 (120-150)	140 (125-145)	0,93
ДАД, мм рт.ст.	80 (80-90)	80 (80-90)	0,97
ЧСС, уд/мин	75 (70-80)	75 (67-91)	0,60
ОВ (степень стеноза, в %)	60 (0-95)	62,5 (50-90)	0,73
ПМЖВ (степень стеноза, в %)	90 (60-99)	90 (75-95)	0,78
ПКА (степень стеноза, в %)	60 (40-95)	65 (50-90)	0,86
Холестерин, ммоль/л	5,0 (4,1-6,3)	6,2 (5,1-6,9)	0,04
Триглицериды, ммоль/л	1,2 (0,9-1,7)	1,1 (0,8-2,0)	0,68
ЛПВП, ммоль/л	1,1 (0,9-1,2)	1,2 (1,1-1,3)	0,06
ЛПНП, ммоль/л	3,1 (2,4-3,8)	3,8 (2,3-4,1)	0,04
Глюкоза, ммоль/л	6,3 (5,2-9,2)	7,2 (5,7-8,5)	0,47
Креатинин, мкмоль/л	77 (60-93)	73,2 (59,5-85,3)	0,29
СРБ, мг/л	2,9 (1,2-13)	3,3 (1,9-10,3)	0,43
Тропонин, нг/мл	1,1 (0,3-8,6)	0,9 (0,3-9,3)	0,91
Койко-дни	7 (6-8)	8 (6,5-9)	0,32
Курили, n (%)	42 (71%)	0	
Кол-во выкуриваемых сигарет/день, шт.	20 (20-30)	0	
АГ 3ст, n (%)	38 (64,4%)	12 (75%)	0,79
Повторный ИМ, n (%)	18 (30,5%)	1 (6,3%)	0,04
Инсульт / ТИА	3 (5,1%)	3 (18,7%)	0,06
С зубцом Q, n (%)	35 (59,3%)	8 (50%)	0,50
Сахарный диабет, n (%)	10 (16,9%)	3 (18,7%)	0,24
Тяжесть по Killip 2-3ст, n (%)	10 (16,9%)	3 (18,7%)	0,73

Таблица 2. Показатели тревоги и депрессии у мужчин и женщин

Уровни тревоги и депрессии	Мужчины (n=59)	Женщины (n=16)	p
HADS тревога, n=14 (18,7%) (95% ДИ 9,9-27,5%)			
отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги	51 (86,4% (95%ДИ 77,7-95,2%))	10 (62,5% (95%ди 38,78-86,22%))	0,03
субклинически выраженная тревога	6 (10,2% (95%ДИ 2,46-17,88%))	5 (31,2% (95%ДИ 8,54-53,96%))	
клинически выраженная тревога	2 (3,4% (95%ДИ -1,23-8,01%))	1 (6,3% (95%ДИ -5,61-18,11%))	
HADS депрессия, n=13 (17,3%) (95% ДИ 8,8-25,9%)			
отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии	47 (79,7% (95%ДИ 69,39-89,93%))	15 (93,7% (95%ДИ 81,89-105,61%))	0,19
субклинически выраженная депрессия	6 (10,2% (95%ДИ 2,46-17,88%))	1 (6,3% (95%ДИ -5,61-18,11%))	
клинически выраженная депрессия	6 (10,2% (95%ДИ 2,46-17,88%))	-	

депрессии, и зависимости от пола, однако результаты обсервационного многоцентрового когортного исследования, в котором приняли участие 4062 пациента в возрасте ≥ 18 лет [32] и большого исследования, проведенного с использованием опубликованных оригинальных исследований из источников MEDLINE, Cochrane, CINAHL, PsycINFO и EMBASE [33], были схожи с нашими результатами (18,7% и 15,5%, соответственно). Аналогично, разница, связанная с полом, была показана в бразильском исследовании [34], где также использовали шкалу HADS и обнаружили симптомы тревоги у 32,5% и симптомы депрессии у 17,5% взрослых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и среди них высокая распространенность психических расстройств была также связана с женским полом ($p = 0,0022$).

Согласно ранее проведенным исследованиям, хронически повышенный уровень тревоги, а также крайние проявления тревожных состояний повышают риск развития и прогрессирования ИБС у мужчин и женщин [5]. В последние годы получены однозначные свидетельства прогностического значения тревоги при ИБС и ее острых формах. Так, доказано, что высокий уровень тревоги ухудшает постинфарктную адаптацию, приводит к значительному повышению риска повторной ишемии, реинфаркта, ЖНР [23]. В отличие от тревоги связь депрессии с развитием и течением острых форм ИБС доказана во многих исследованиях, однако гендерные аспекты также остаются изученными недостаточно [3,6,12]. Вместе с тем известно, что пол и возраст могут менять клинические и прогностические характеристики любого другого фактора сердечно-сосудистого риска [35].

В руководящих принципах развитых стран рекомендуется проводить скрининг на депрессию, но в нашей стране эти руководящие принципы не внедрены

ни в стационарную реабилитацию, ни в общую практику. Необходимо проводить рутинный скрининг в течение одного месяца после ИМ, поскольку наличие депрессии у таких пациентов связано со снижением приверженности к медикаментам [36], значительным снижением качества жизни [37,38], и повышением затрат на здравоохранение. [39].

Данные нашего исследования можно учитывать при разработке рекомендаций.

Выводы.

Женщины с ИМ продемонстрировали повышенный риск тревожности, мужчины – депрессии. Данное исследование позволило определить тенденции и возможные связи депрессии и тревоги у пациентов с ИМ с полом и другими показателями физического состояния, однако необходимы дополнительные исследования с большими выборками для получения надежных данных.

Список литературы:

1. Clark H. NCDs. A challenge to sustainable human development. Lancet. 2013;381:510–511.
2. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. J Am Coll Cardiol. 2017;70(1):1–25. doi:10.1016/j.jacc.2017.04.052.
3. Larsen KK Depression following myocardial infarction--an overseen complication with prognostic importance. Dan Med J. 2013 Aug;60(8):B4689.
4. Moser D.K., McKinley S., Riegel B. et al. Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease // Psychosom. Med. – 2011. – Vol. 73. – P. 803–809.

5. Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P. et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease. A meta-analysis // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol. 56. – P. 38–46.
6. Thoms B.D., Bass E.B., Ford D.E., Stewart K.J., Tsilidis Tsilidis Tsilidis K.K., Patel U., Fauerbach J.A., Bush D.E., Ziegelstein R.C. Prevalence of depression in survivors of acutemyocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*
7. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor CB, Froelicher ES. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation.* 2008 Oct 21;118(17):1768-75. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769. Epub 2008 Sep 29.
8. David M Colquhoun, Stephen J Bunker, David M Clarke, Nick Glozier, David L Hare, Ian B Hickie, James Tatoulis, David R Thompson, Geoffrey H Tofler, Alison Wilson and Maree G Branagan. Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. *Med J Aust* 2013; 198 (9): 483-484. || doi: 10.5694/mja13.10153
9. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol.* 2012 Jun;9(2):197-208. doi: 10.3724/SP.J.1263.2011.12221.
10. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Patel U.V., et al. Post-myocardial infarction depression. Evidence Report/Technology Assessment No. 123. (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 05-E018-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
11. Carney RM, Freedland KE. Depression in patients with coronary heart disease. *American Journal of Medicine.* 2008;121(11, supplement):S20–S27.
12. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Freedland K.E., Jaffe A.S., Leifheit-Limson E.C., Sheps D.S., Vaccarino V., Wulsin L. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2014 Mar 25;129(12):1350-69. doi: 10.1161/CIR.000000000000019. Epub 2014 Feb 24.
13. Feng HP, Chien WC, Cheng WT, Chung CH, Cheng SM, Tzeng WC. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(34):e4464.
14. Роаст АМ, Мартенс ЭДж, де Йонге П, Денолет Дж. Дж. Ам Колл Кардиол. Тревожные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания. Тревога и риск возникновения ишемической болезни сердца: метаанализ. 2010;56:38–46. *Roast AM, Martens EDj, de Jonge P, Denolet Dj. Dj. Am Koll Kardiol. Trevojniie rasstroistva i serdechno_sosudistie zabolevaniya. Trevoga i risk vozniknoveniya ishemicheskoi bolezni serdca_ metaanaliz. 2010;56:38–46. (In Russian)*
15. Тревога и риск возникновения ишемической болезни сердца: метаанализ. Роаст А.М., Мартенс Э.Дж., де Йонге П, Денолет Дж. Дж. Ам Колл Кардиол. 2010; 56: 38–46
16. Кью У, Клинг ДжМ. Депрессия и риск инфаркта миокарда и коронарной смерти: метаанализ проспективных когортных. *Медицина.* 2016; 95:2815. *Kyu U, Kling DjM. Depressiya i risk infarkta miokarda i koronarnoi smerti_ metaanaliz prospektivnih kogortnih. Medicina. 2016; 95:2815. (In Russian)*
17. Ван дер Куой К, ван Хаут Х, Марвейк Х, Мартен Х, Стюхауэр С, Бикман А. Депрессия и риск сердечно-сосудистых заболеваний: систематический обзор и метаанализ. <http://10.1002/gps.1723>. *Int J Geriatr Psichiatria.* 2007;22:613–626. *Van der Kuoi K, van Haut H, Marveik H, Marten H, Styuhauer S, Bikman A. Depressiya i risk serdechno_sosudistih zabolevanii_ sistematicheskii obzor i metaanaliz. http_//10.1002/gps.1723. Int J Geriatr Psihiatriya. 2007;22:613–626. (In Russian)*
18. Мартенс ЕЮ, Никличек И, Жабо БМ, Куппер Н. Депрессия и тревожность как предикторы вариабельности сердечного ритма после инфаркта миокарда. *Психол Мед.* 2008;38:375–383. *Martens EYu_ Niklichek I_ Jabo BM_ Kupper N. Depressiya i trevojnost kak prediktori variabelnosti serdechnogo ritma posle infarkta miokarda. Psihol Med. 2008;38:375–383. (In Russian)*
19. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a metaanalysis. *Psychosom Med.* 2010;72(6):563-9
20. У лиц старших возрастных групп. Молодой ученый: 2015;4 (94):101-105.
21. Кужелева ЕА, Борель КН, Гарганеева АА. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2016;12(3) *Ration Pharmacother Cardiol*
22. Barbara Murphy, Michael Le Grande, Marlies Alvarenga, Marian Worcester, Alun Jackson. Anxiety

- and Depression After a Cardiac Event: Prevalence and Predictors. *Front. Psychol.* | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03010>
23. Лебедева НБ, Ардашова НЮ, Барбараш ОЛ. Влияние гендерного фактора на клиническую и прогностическую значимость повышенной тревожности при инфаркте миокарда. Проблемы женского здоровья. 2011;3:48–54. *Lebedeva NB, Ardashova NYu, Barbarash OL. Vliyaniye gendernogo faktora na klinicheskuyu i prognosticheskuyu znachimost povyshennoi trevoznosti pri infarkte miokarda. Problemi jenskogo zdorovya. 2011;3:48–54. (In Russian)*
 24. Naqvi T.Z., Naqvi S., Bairey_Merz N.B. Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease. // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67. – P. 15–18.
 25. Van Loo HM, van den Heuvel ER, Schoevers RA, Anselmino M, Carney RM, Denollet J, et al. Sex dependent risk factors for mortality after myocardial infarction: individual patient data meta-analysis. *BMC Med.* 2014 Dec 14;12:242.
 26. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in hospital mortality. *JAMA.* 2012;307(8):813-22.
 27. Jiang W, Samad Z, Boyle S, Becker RC, Williams R, Kuhn C, et al. Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(7):714-22.
 28. Vaccarino V, Shah AJ, Rooks C, Ibeanu I, Nye JA, Pimple P, et al. Sex differences in mental stress-induced myocardial ischemia in young survivors of an acute myocardial infarction. *Psychosom Med.* 2014;76(3):171-80.
 29. Feinstein RE, Blumenfeld M, Orlowski B, Frishman WH, Ovanessian S. A national survey of cardiovascular physicians' beliefs and clinical care practices when diagnosing and treating depression in patients with cardiovascular disease. *Cardiol Rev.* 2006;14(4):164-9.
 30. Djukanovic I, Carlsson J, Årestedt K. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017 Oct 4;15(1):193. doi: 10.1186/s12955-017-0759-9.
 31. Pranas Serpytis et al., *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol.111 no.5 São Paulo Nov. 2018 Epub Aug 23, 2018 Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction.
 32. Kim G. Smolderen et al., *Circulation.* 2017 May 2;135(18):1681-1689. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025140. Epub 2017 Feb 16. Depression Treatment and 1-Year Mortality After Acute Myocardial Infarction: Insights From the TRIUMPH Registry (Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status).
 33. *J Gen Intern Med.* 2006 Jan;21(1):30-8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x. Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction Brett D Thombs 1, Eric B Bass, Daniel E Ford, Kerry J Stewart, Konstantinos K Tsilidis, Udita Patel, James A Fauerbach, David E Bush, Roy C Ziegelstein
 34. Carvalho et al., *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.24 Ribeirão Preto 2016 Epub Nov 28, 2016 Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular disease
 35. Hendrix K.H., Mayhan S., Egan B.M. Gender and age-related differences in treatment and control of cardiovascular risk factors among high_risk patients with angina // *J. Clin. Hypertension.* – 2005. – Vol. 7(7). – P. 386–388.
 36. Gehi A, Haas D, Pipkin S, Whooley MA. Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med.* 2005;165(21):2508-13. [Links]
 37. Swenson JR. Quality of life in patients with coronary artery disease and the impact of depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(6):438-45. [Links]
 38. Rodrigues GH, Gebara OC, Gerbi CC, Pierrri H, Wajngarten M. Depression as a clinical determinant of dependence and low quality of life in elderly patients with cardiovascular disease. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):443-9. [Links]
 39. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res.* 2000;48(4-5):471-8. [Links]

ТҮЙІН

А. А. КАМАЛОВА, Д.Г. ЖАМАНКУЛОВА,
ЖАМАЛИЕВА Л.М.

**АУРУХАНАДАН ШЫҒАР АЛДЫНДА
МИОКАРД ИНФАРКТИСІ БАР ЕРЛЕР МЕН
ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ҮРЕЙ ЖӘНЕ ДЕПРЕССИЯ**

Марат Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан медицина
университеті, Ақтобе қ, Қазақстан
Ғылыми жетекшісі: Л.М. Жамалиева

Миокард инфарктін басынан өткізген соң пайда болатын үрей мен депрессия кең таралғаны, толық анықталмайтыны және науқастардың өмір сүру болжамын төмендетуіне алып келетіні барлығымызға мәлім. Психикалық өзгерістері бар миокард инфарктін басынан өткізген науқастардың симптомдарын төмендетіп, болжамын жақсартатын іс-әрекеттердің тиімділігі олардың қосымша қауіп факторлары мен жынысына тікелей байланысты. Қазақстан популяциясындағы жыныстың үрей мен депрессияға әсері туралы әдебиеттер мен мәліметтер жеткіліксіз.

Мақсаты. Миокард инфарктін басынан кешірген науқастарда пайда болатын үрей мен депрессияның стационардан шығу алдындағы деңгейіне және де науқастың жынысы мен үрей /депрессия деңгейінің арасындағы байланысқа баға беру.

Материалдар мен әдістері. Зерттеу жұмысына Ақтобе қаласында 2019 жылдың сәуір айынан маусым айы аралығында миокард инфарктін басынан өткізіп, ауруханадан шығарылған барлық пациенттер қосылды. Зерттеуге 75 науқас қатысты, олардың 59- ер адам (78,7%).. Үрей және депрессия көлемі HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) арқылы бағаланды, 8 балл және одан жоғары жинағандар ауру болып саналды. Сандық айнымалылар үшін медиана (және интерквартильдік аралық), жиіліктер есептеледі; салыстыру хи-квадрат көмегімен жасалды. Мүмкіндік қатынасы (МК) 95% сенімділік интервалымен есептелді. Статистикалық талдау SPSS-тің 25-ші нұсқасымен жүргізілді, р мәні < 0.05 статистикалық маңызды болып саналды.

Нәтижелер: Барлық науқастардың орташа жасы 58 (53-64) болды, әйелдерде – 65 (58-72), ерлерде – 57 (52-62). Ерлерде меңгеруге келетін қауіпті факторлар басым болды (72,9% ерлер – шылым шеккен, ал әйел адамдардың көрсеткіші - 0, ДМИ ерлерде - 27,7, әйелдерде - 25,3кг/м², p=0,049), бірақ әйел адамдарда липид алмасу көрсеткіштері (жалпы холестерин (6,2 (5,1-6,9), ерлерде - 5,03 (4,1-6,25)), ТТЛП (3,8 (1,72-4,22), ерлерде - 3,0 (2,35-3,85)), қабыну маркерлері (СРБ, тропонин) және коронарлы тамырлардың жағдайы (стеноз деңгейі) нашар болды. Үрей (HADS-A) науқастардың 18,7%-да, депрессия (HADS-D) – у 17,3%-да анықталды. Олар жас ерекшелікпен байланысты болмады, HADS-A бойынша байланыс жыныспен анықталды: әйелдерде ерлерге қарағанда

SUMMARY

A.A. KAMLOVA, D.G. ZHAMANKULOVA,
L.M. ZHAMALIYEVA

**ANXIETY AND DEPRESSION OF MEN AND
WOMEN WITH MYOCARDIAL INFARCTION
BEFORE DISCHARGE FROM HOSPITAL**

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
Research advisor : L.M. Zhamaliyeva

It is known that depression and anxiety after myocardial infarction are widespread, insufficiently detected. Depression worsens the prognosis of these patients. There are interventions that reduce symptoms and improve prognosis of patients after MI with mental disorders, but their effectiveness depends on additional risk factors, including gender. There is insufficient literature data on the effect of gender on the course of depression and anxiety of the population of Kazakhstan.

Purpose: to evaluate the levels of depression and anxiety of patients who have had myocardial infarction before being discharged from the hospital, and to evaluate the relationship between the levels of depression / anxiety and gender.

Methods: The study included all patients with MI discharged from hospitals in Aktobe from April to June 2019. The sample was 75 patients, men 59 (78.7%). Anxiety and depression were assessed using HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), the condition for referring to the disease was considered 8 points or higher on this scale. For quantitative variables, the median (and inter-quarterly range), frequencies are calculated; comparisons were made using chi-square. OR (odds ratio) was calculated with 95% CI (confidence interval). Statistical analysis was performed in SPSS version 25; p < 0.05 was considered statistically significant.

Results: The average age of all patients was 58 (53-64) years, women - 65 (58-72), men - 57 (52-62). There were more modifiable risk factors for men (72.9% smoked, 0 for women), BMI 27.7 versus 25.3 kg / m², p = 0.049), however, in terms of lipid metabolism (total cholesterol (6.2 (5.1-6.9) versus 5.03 (4.1-6.25)), LDL (3.8 (1.72-4.22) vs 3.0 (2.35-3.85)), markers of inflammation (CRP, troponin) and the condition of the coronary vessels (degree of stenosis) profile in women is worse. Anxiety (HADS-A) was detected in 18.7% of patients, depression (HADS-D) - in 17.3%. They were not related to age, connection with gender was found by HADS-A: incidence is higher among women than men (37.5% vs 13.6%, p = 0.03; OR 3.825 (95% CI 1.09 -13.4)). HADS-D Sun Recean more common in men, but the differences were not significant (6,3% vs 20,4%, p = 0.187; odds ratio 3.83 (95% CI 0,46-31,9)).

Conclusions: Women with myocardial infarction showed an increased risk of anxiety, men – of depression. This study allowed us to identify trends and possible relationships between depression and anxiety in patients with MI with gender and other indicators of physical condition,

басым болды (37,5% vs 13,6%, $p=0,03$; ОШ 3,825 (95%ДИ 1,09-13,4)). HADS-D ерлерде жиірек кездесті, бірақ айырмашылықтың статистикалық маңыздылығы болмады (6,3% vs 20,4%, $p=0,187$; ОШ 3,83 (95%ДИ 0,46-31,9)).

Қорытынды. Миокард инфарктісін басынан кешірген әйелдерде - үрей, ерлерде – депрессия жоғары көрсеткіш көрсетті. Бұл зерттеу МИ бар науқастарда үрей мен депрессияның тенденцияларын және олардың жыныспен яки басқа да физикалық көрсеткіштермен мүмкін болатын байланыстарды анықтауға мүмкіншілік берді, алайда сенімді деректерді алу үшін науқастар саны көп қосымша зерттеулер қажет.

Негізгі сөздер: жүрек-қан тамыр аурулары, жүректің ишемиялық ауруы, миокард инфарктісі, үрей, депрессия, гендерлік ерекшелік.

Л.М. Жамалиева, lzhamalieva@mail.ru

УДК 614.2

МРНТИ 76.75.75

М.К. МАМБЕТАЛИЕВ, Р.М МАХАТОВ, А.Н АЛМАХАНОВ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

Научный руководитель: м.м.н. Алмаханов А.Н.

В ходе исследования приведены результаты опроса 60 медицинских работников городских поликлиник о необходимости введения в общую врачебную практику должности помощника врача. Изучено мнение врачей общей практики и медицинских сестёр по поводу уровня образования и навыков, который необходим помощнику врача.

Ключевые слова: врач общей практики, помощник врача.

Актуальность. Одной из важных составляющих укрепления систем здравоохранения являются стратегии развития кадровых ресурсов. Во всём мире эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от показателей деятельности работников, которые определяются их знаниями, умениями и мотивацией. Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения, свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами. Имеется множество данных, свидетельствующих о позитивном влиянии количества, качества подготовки работников здравоохранения, плотности их распределения на результаты различных мероприятий в сфере здравоохранения и в целом на здоровье людей.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является фундаментом функциональности системы здравоохранения, выполняющий координирующую роль с остальной частью системы здравоохранения, с

however, additional studies with large samples are needed to obtain reliable data.

Keywords: cardiovascular diseases, coronary heart disease, myocardial infarction, anxiety, depression, gender differences.

которой сталкивается население. Высококачественные системы ПМСП могут улучшить результаты диагностики и лечения пациентов, тем самым повысить уровень деятельности врача общей практики в системе здравоохранения и оптимизировать эффективное использование ресурсов. На сегодняшний день, несмотря на необходимость введения в структуру амбулаторно-поликлинической службы должности помощника врача общей практики, до настоящего времени Министерством здравоохранения Республики Казахстан не определён статус и положение о помощнике врача, и тем самым отсутствует нормативно-правовой акт, устанавливающий тарифно-квалификационные требования помощника врача общей практики.

Целью исследования явилось изучение мнения врачей общей практики, а также медицинских сестер городских поликлиник города Актөбе о необходимости введения в штатную единицу должности помощника врача общей практики, его обязанностях и уровне образования и навыков.

Материалы и методы. Чтобы выяснить ключевые вопросы касающихся деятельности и развития

амбулаторно-поликлинической службы, нами было проанкетировано 61 медицинских работников, имеющих отношение к работе общей врачебной практики. Из общего числа опрошенных респондентов, врачи общей практики составили- 26(42,6%), медицинские сестры- 35(57,3%).

В анкету входили следующие вопросы:

- 1) нужна ли в структуре общей врачебной практики должность помощника врача общей практики;
- 2) каким должен быть уровень образования у помощника врача общей практики;
- 3) какой уровень подготовки должен иметь помощник врача общей практики;
- 4) какие обязанности должен выполнять помощник врача общей практики;
- 5) какое число помощников врача общей практики должно входить в структуру общей врачебной практики.

Результаты и обсуждение. Большинство опрошенных медицинских работников 43(70,5%), считают, что в структуре амбулаторно-поликлинической службы должность помощника врача общей практики нужна. Из числа респондентов, которые считают, что должность помощника врача общей практики нужна 20(76,9%) врачи общей практики, 23(65,7%) медицинские сестры. Необходимость введения должности помощника врача, по их мнению, обусловлено несколькими причинами:

- укрупнение амбулаторно-поликлинической помощи, что увеличивает временную и транспортную доступность для пациентов;
- увеличение потока пациентов и недостаток мощностей поликлиник, которые возникли в результате увеличения численности обслуживаемого населения;
- увеличение нагрузки на врачей.

Примером может служить городская поликлиника №6 г. Актобе, в котором мощность этого учреждений рассчитывалась на 26 тыс. населения, а в настоящее время численность обслуживаемого населения приблизилась к 35 тыс. Введение должности помощника врача, поможет: приблизить первичную медико-санитарную помощь населению; разгрузить амбулаторно-поликлиническую работу учреждений.

На вопрос, какой уровень подготовки должен иметь помощник врача общей практики респонденты

ответили, что помощник врача должен иметь 2-3 годичное ВУЗовское образование 25(40,9%) из общего числа опрошенных лиц, достаточно годичной подготовки в ВУЗе – 36(59,1%).

В зависимости от занимаемой должности мнение респондентов разделилось (таблица 1). Две трети 17(65,4%) врачей общей практики считают, что для подготовки помощника врача хватит и годичной переподготовки, однако около одной трети 9(34,6%) высказались за двух или трёх годичное образование в ВУЗе. Мнение медсестёр имеет другую направленность. Более половины 19(54,3%) из них считают, что помощник врача должен иметь необходимое вузовское образование с двух или трёхлетним обучением, а 16(45,7%) – достаточно годичной переподготовки в вузе.

Подавляющее число 21(80,7) врачей общей практики считают, что помощник врача общей практики может и должен выполнять весь объём работы по оказанию первичной медицинской помощи населению. В то же время, 4(15,4%) из них высказались, что в его обязанности должна входить только профилактическая работа с населением.

Потребность относительно числа помощников врача общей практики у врачей общей практики и медицинскими сестрами были близкими. Так, 39(63,9%) из них считают, что число помощников должно зависеть от численности обслуживаемого населения, 5(19,2%) и 9(25,7%) соответственно по 1 помощнику, а 2 помощника по 5,2%. Подавляющее большинство опрошенных респондентов 57(93,4%) считает, что введение должности врача общей практики поможет увеличить объём, доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению.

Мы считаем что, выход из создавшейся ситуации, например, нехватка врачебных кадров в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, решит введение в структуру амбулаторно-поликлинической службы должности помощника врача общей практики, который при соответствующем обучении мог бы заменить врача общей практики по многим вопросам. При этом число помощников ВОП может варьироваться от 1 до 2 в зависимости от численности обслуживаемого населения. Сертифицированный помощник может во многом заменять врача общей практики во всех ситуациях, которые не в компетенции медсестры. Имеются

Таблица 1. Мнение респондентов об уровне образования помощников ВОП

Должность респондентов	n	Уровень образования	
		2-3-х годичное обучение в ВУЗе	Годичная переподготовка
Все респонденты,			
из них:	61	25(40,9%)	36(59,1%)
ВОП			
Медсестры	26	9(34,6%)	17(65,4%)
	35	16(45,7%)	19(54,3%)

в виду повторная выписка рецептов, оказание неотложной помощи, приём больных и организация диспансерного наблюдения, планирование и проведение лечебно-профилактических мероприятия и многое другое.

Помощники врача могут взять на себя определённую часть работы врача общей практики, такие как, оформление справок, листков нетрудоспособности, посещение пациентов на дому, ведение другой медицинской работы. Например, постоянное наблюдение за здоровьем хронических больных, позволит предупредить возникновение обострения тяжёлых заболеваний, тем самым повысить качество жизни диспансерных пациентов. Помощник врача в обозримом будущем может стать ценным ассистентом специалиста во время проведения лечебных и диагностических мероприятий, и в любое время при необходимости заменит его. Если помощник врача проводит обход участка, врач может вести приём пациентов, или наоборот. В таком случае такая тактика ведения больных позволит существенно повысить оперативность медицинской помощи.

В ведении врача общей практики находится как взрослое, так и детское население, они оказывают квалифицированную медицинскую амбулаторную помощь. Заболевания, с которыми больные обращаются к врачу, охватывают практически все медицинские специальности, в том числе терапию, педиатрию, неврологию, хирургию и другое. Тем самым, отсутствие компетентного и грамотного помощника, может поставить в затруднительное положение население, обслуживаемое врачом общей практики на время его отсутствия, помимо этого надо отметить важность

регулярного прохождения специализации врачами общей практики по выбранной специальности и повышения квалификации, также полноценного отпуска, а это немаловажно. В то же время врачам общей практики необходимы компетентные помощники, обладающие не только медицинскими знаниями и навыками, но и разбирающиеся в вопросах экономики и организации здравоохранения.

Для повышения квалификации и престижа помощника врача общей практики, желательно готовить их с 3-х годичным обучением в медицинских вузах с прохождением производственной практики в структурах амбулаторно-поликлинической службы, с последующим получением диплома помощника врача общей практики с высшим образованием. В этих условиях врач общей практики по нашему мнению, в своей совместной работе будет являться консультантом у помощников в проведении лечебных и организационных мероприятий, и выполнять более сложные виды деятельности.

Список литературы:

1. Данилова Н.В. Анализ состояния медицинских кадров на этапе обновления региональных систем здравоохранения//Социальные аспекты здоровья населения. -2011. - Т. 22.- №6. - С. 10.
2. Стародубов В.И., Иванова М.А, Бантьева М.Н, Сорокина Ю.А. Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики// Менеджер здравоохранения. -2014.- №10. - С. 6-19.
3. Хроника ВОЗ//В кн. Материалы Алма-Атинской конференции по первичной медико-санитарной помощи. - Алма-Ата, 1979. - 3 т. - С. 123-146.

ТҮЙІН

М.К. МАМБЕТАЛИЕВ, Р.М. МАХАТОВ,
А.Н. АЛМАХАНОВ

БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ЖҰМЫСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Ғылыми жетекшісі: м.м.н. Алмаханов А.Н.

Зерттеу барысында жалпы медицина практикасына дәрігер көмекшісі лауазымын енгізу қажеттілігі туралы қалалық емханалардың 60 медицина қызметкерінен сауалнама нәтижелері ұсынылған. Жалпы практика дәрігерлері мен медбикелердің білім деңгейі және дәрігердің көмекшісіне қажетті біліктілік туралы пікірі зерделенді.

Негізгі сөздер: жалпы практика дәрігері, дәрігер көмекшісі.

SUMMARY

M.K. MAMBETALIYEV, R.M. MAKHATOV,
A.N. ALMAHANOV

IMPROVING THE WORK OF PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Research adviser:Almahanov A.N.

The study presents survey results of 60 health workers of city polyclinics on the need to introduce the position of assistant doctor in General medical practice. The opinion of General practitioners and nurses on the level of education and skills required by the physician's assistant has been studied

Keywords: General practitioner; doctor's assistant.

МАЗМҰНЫ

1. А.А. Жоламан, Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, С.А. Абдильдаева
**ЖАТЫР МОЙНЫ ОНЫ БҮЙНША ПОСТМЕНОПАУЗАДА ӨТКІЗЕТІН СКРИНИНГКЕ
ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ** 3
2. А. Ишутина, Б.С. Байсалбаев, К.Т. Джайшева
**АМСК – МАМАНДАРЫМЕН ЕКІ АУРУДЫҢ ЖОҒАРЫ ҚАУПІ БАР ТОПТАРЫ АРАСЫНАН
АИВ/ЖИТС ҚОСАРЛАНҒАН ТУБЕРКУЛЕЗДІ АНЫҚТАУ**..... 7
3. Ж. Кисимов, Л.М. Төлегенова
**АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ
ҰЗАҚ УАҚЫТ БОЙЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ГЕНДЕРЛІК АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫ** 11
4. Л.Түлебаева, Г.Р.Жақиева, Н.З.Ибрагимова
**АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДА ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ БАР ӘР ТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ
ЕМДЕЛУГЕ ҰМТЫЛЫСЫН БАҒАЛАУ**..... 17
5. Д. Байжан, Н. Чагай, О.М. Алиев, Н.А. Сейтмағанбетова
**ЦИРРОЗДАҒЫ БАУЫР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫҢ ДӘРЕЖЕСІН АНЫҚТАУ (РЕЙТАН
ТЕСТІ): ПЕРСПЕКТИВАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ**..... 21
6. А.А. Камалова, Д.Г. Жаманкулова, Л.М. Жамалиева
**АУРУХАНАДАН ШЫҒАР АЛДЫНДА МИОКАРД ИНФАРКТІСІ БАР ЕРЛЕР МЕН
ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ҮРЕЙ ЖӘНЕ ДЕПРЕССИЯ** 27
7. М.К. Мамбеталиев, Р.М. Махатов, А.Н. Алмаханов
**БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ЖҰМЫСЫН
ЖЕТІЛДІРУ** 34

СОДЕРЖАНИЕ

1. А. А. Жоламан, Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, С.А. Абдильдаева
АНАЛИЗ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ 3
2. А. Ишутина, Б.С. Байсалбаев, К.Т. Джайшева
**ДИАГНОСТИКА ВИЧ/СПИД – АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ГРУПП
ВЫСОКОГО РИСКА ОБОИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПМСП** 7
3. Ж. Кисимов, Л.М Тулегенова
**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ПРИЕМУ
МЕДИКАМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ** 11
4. Л. Тулебаева, Г.Р. Жакиева, Н.З. Ибрагимова
**ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПМСП ГОРОДА АКТОБЕ..** 17
5. Д. Байжан, Н. Чагай, О.М. Алиев, Н.А. Сейтмағанбетова
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
(ТЕСТ РЕЙТАНА): ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**..... 21
6. А.А. Камалова, Д.Г. Жаманкулова, Л.М. Жамалиева
**ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПЕРЕД
ВЫПИСКОЙ ИЗ СТАЦИОНАРА** 27
7. М.К. Мамбеталиев, Р.М Махатов, А.Н. Алмаханов
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ** 34

CONTENT

1. A.A. ZHOLAMAN, B. K. KARIMSAKOVA, N.A. ABENOVA, S. A. ABDILDAYEVA ANALYSIS OF SCREENING OF CERVICAL CANCER IN POST-MENOPAUSE.	3
2. A. Ishutina, B.S. Baisalbayev, K.T. Dzhaysheva DIAGNOSTICS OF HIV/AIDS - ASSOCIATED TUBERCULOSIS AMONG HIGH-RISK GROUPS OF BOTH DISEASES BY GMS SPECIALISTS.	7
3. Zh. Kisimov, L.M Tulegenova GENDER DIFFERENCES IN ADHERENCE TO LONG-TERM MEDICATION USE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	11
4. L. Tulebayeva., G. R, Zhakiyeva, N. Z. Ibragimova EVALUATION OF TREATMENT ADHERENCE OF VARIOUS AGES PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN PRIMARY HEALTH CARE IN AKTOBE CITY.....	17
5. Baizhan D., Chagay N., Aliev O.M., Seitmaganbetova N.A. DETERMINING THE DEGREE OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOSIS (REITAN TEST): PROSPECTIVE STUDY	21
6. A.A. Kamlova, D.G. Zhamankulova, L.M. Zhamaliyeva ANXIETY AND DEPRESSION OF MEN AND WOMEN WITH MYOCARDIAL INFARCTION BEFORE DISCHARGE FROM HOSPITAL	27
7. M.K. Mambetaliyev, R.M. Makhatov, A.N. Almahanov IMPROVING THE WORK OF PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS	34