

«Астана Медициналық Университеті» КеАҚ  
Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасы

УДК: 614.2:616.61-002.2-78-085:005.63  
МПК: G01N33/49, A61M1/34, A61P13/12

**ТӨЛТЕБАЕВА ЖІБЕК АСҚАРБЕКҚЫЗЫ**

**БСА 4-5 САТЫСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ ЖҮРГІЗУ  
САПАСЫН БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЛАРЫН ҒЫЛЫМИ  
НЕГІЗДЕУ ЖӘНЕ ӘЗІРЛЕУ**

7М10102 - «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы  
бойынша медицина ғылымының магистрі  
академиялық дәрежесін алуға диссертациялық жұмыс

Ғылыми жетекші:  
Қоғамдық денсаулық және менеджмент  
кафедра профессоры, м.ғ.д.

О.Ж. Нарманова

Рецензент:  
«Семей Медицина Университеті» КеАҚ,  
Қоғамдық денсаулық кафедра меңгерушісі,  
м.ғ.к., қауымдастырылған профессор

З.А. Хисметова

Астана қ.  
2023 ж.

## ТҮЙІНДЕМЕ

Диссертациялық жұмыс 70 бетте баяндалған. 7 кестеден және 26 суреттен тұрады. Библиографиялық тізімде 72 дереккөз бар.

Диссертациялық зерттеу қазіргі уақытта бүйрек созылмалы ауру мәселесінің өзектілігімен байланысты. Осы зерттеу барысында Астана қаласы негізінде бүйрек созылмалы ауруы бар пациенттердің денсаулығы, көрсетілген медициналық көмек сапасы және тиімділігі, дәрігерлердің ауру жайлы білімі мен ынта деңгейі зерттелді. Онлайн сауалнаманы пайдалана отырып, медициналық зерттеу әдісін қолдана отырып, себептері және бүйрек созылмалы ауруы дамуының маңызды медициналық-әлеуметтік қауіп факторлары анықталды. Зерттеу нәтижелері медициналық-санитариялық алғашқы көмек деңгейінде пациенттерге сапасыз көмек көрсетіле, бағдарламалық гемодиализге негізсіз алынған жағдайларды дәлелдеді. Зерттеу барысында алынған материалдар, қорытындылар мен ұсыныстар медициналық және білім беру ұйымдарында қолданылуы мүмкін.

## МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР	4
АНЫҚТАМАЛАР	5
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР	8
КІРІСПЕ	10
1 ӘДЕБИ ШОЛУ. БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ МӘСЕЛЕСІ	13
1.1 «Бүйрек созылмалы ауру» терминінің анықтамасы	13
1.2 Бүйрек созылмалы ауруының таралуы мен дамуына әсер ететін қауіп факторлары	17
1.3 Бүйрек созылмалы ауруының алдын алу	20
1.4 Бүйрек созылмалы ауруы кезіндегі медициналық-санитарлық алғашқы көмек дәрігерінің рөлі	23
1.5 Дәрігерлерді ынталандыру мен тиімділіктің негізгі индикаторлары	25
1.6 Қазақстан Республикасы бүйрек созылмалы ауру бойынша мәліметтер	28
2 ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ ЖӘНЕ МАТЕРИАЛДАРЫ	30
3 ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ	35
ҚОРЫТЫНДЫ	53
ТҰЖЫРЫМДАР	56
ҰСЫНЫСТАР	57
ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	58
ҚОСЫМША А	66
ҚОСЫМША Б	69
ҚОСЫМША В	70

## НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл жұмыста келесі нормативтік құқықтық актілер мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

1. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі

2. «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 бұйрығы

3. «Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 14 қазандағы № ҚР ДСМ-114 бұйрығы

4. «Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы

5. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2021 жылғы 23 желтоқсандағы № 154 «Ересектердегі бүйректің созылмалы ауруы» хаттамасы

6. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің жұмыскерлерін көтермелеу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-278/2020 бұйрығы

## АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертацияда келесідей терминдер және олардың анықтамалары қолданылды:

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек	- адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін қолжетімді медициналық қызметтер кешенін қамтитын дәрігерге дейінгі немесе тәулік бойы медициналық бақылауды қажет етпейтін білікті медициналық көмек (Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі)
Ауруларды алдын алу	- денсаулық жағдайындағы ауытқулардың және аурулардың алдын алуға, даму қаупін төмендетуге, олардың дамуын болдырмауға немесе бәсеңдетуге, жағымсыз әсерлерін азайтуға бағытталған медициналық және медициналық емес шаралар жүйесі
Емхана	- бұл өз қызметін атқаратын аумақта тұратын халыққа амбулаторлық-емханалық көмек көрсетуге арналған көпсалалы медициналық ұйым
Клиникалық хаттама	- пациенттің белгілі бір ауруы немесе жай-күйі кезіндегі профилактика, диагностика, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек бойынша ғылыми дәлелденген ұсынымдар
Гемодиализ	- "Жасанды бүйрек" аппаратында жүргізілетін организмнен зат алмасудың уытты өнімдерін шығару, су және электролиттік теңгерімдердің бұзылуын қалыпқа келтіру мақсатында айналымдағы экстракорпоралдық қан мен диализдейтін ерітіндінің арасындағы төмен молекулалы субстанциялар мен сұйықтықтарды жартылай өткізгіш мембрана арқылы диффузиялық және сүзгілік тасымалдау қағидатына негізделген әдіс
Бүйректі алмастыру терапиясы	- бүйрек жеткіліксіздігіне және басқа да себептерге байланысты адамның денесінде

	жиналған уытты заттар мен артық сұйықтықты жою мақсатында қолданылатын әдістердің жиынтығы
Атрофия	- қоректік заттың келмеуіне немесе жетіспеушілігіне байланысты дене мүшелері мөлшерінің кішірейіп әлсізденуі
Митохондрия	- жіпше және түйіршік тәрізді организмнің цитоплазмасында кездесетін органоид
Уремия	- Организмде азот қалдықтары/мочевина, креатинин, несеп қышқылы жиналып, олардың мөлшерінің қанда көбеюіден болатын дертті күй
Гиперпаратиреоз	- қалқанша маңы бездерінің ісік зақымдануына байланысты паратгормонның артық өндірілуіне байланысты және кальций мен фосфор алмасуының айқын бұзылуымен сипатталатын эндокриндік жүйенің ауруы
Гематурия	- бұл физиологиялық норма мөлшерден асатын зәрдегі қанның болуын білдіретін медициналық термин. Бүйрек пен зәр шығару жолдарының зақымдануының ең типтік белгілерінің бірі
Ацидоз	- организмнің қышқыл-негіз балансының қышқылдықтың жоғарылауы (рН төмендеуі).
Нефролитиаз (бүйрек тас ауруы)	- урологиялық аурулардың ең көп тарағаны, бүйректегі тастардың болуы

## БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ҚР ДСМ	-	Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі
БСА	-	Бүйрек созылмалы ауруы
ШСЖ	-	Шумақтық (гломерулярлық) сүзгілеу жылдамдығы
БАТ	-	Бүйрек алмастыру терапиясы
МСАК	-	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
ГД	-	Гемодиализ
МӘМС	-	Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру
ҚД	-	Қант диабеті
АГ	-	Артериялық гипертензия
СА	-	Сенімділік аралығы
ӘӘЖ	-	Әлеуметтік-экономикалық жағдай
ДМИ	-	Дене масса индексі

## КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР

- 1-кесте – Азия елдер арасындағы БСА таралу құрылымы
- 2-кесте – Пациенттерді БСА өршу және жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі шкаласы бойынша бақылау алгоритмі
- 3-кесте – Жасы, жынысы мен елдердің табыс деңгейіне байланысты БСА-ның таралуы
- 4-кесте – БСА алдын алу бойыншы құрылымы
- 5-кесте - Гемодиализ процедураларын алғаннан кейінгі өмір сүру ұзақтығы бойынша 2020-2021 жж.
- 6 кесте – Ғылыми зерттеудің бағдарламасы
- 7-кесте - БСА бар пациенттердегі ілеспе аурулар құрылымы
- 1-сурет - БСА бар тексерілген пациенттердің жас ерекшеліктері
- 2-сурет - Науқастар арасында диагноз анықтау мен қою құрылымы
- 3-сурет - МСАК деңгейінде ерте диагностикалауды ұйымдастыру бойынша құрылымы
- 4-сурет - Пациенттердің диагностикалық көрсеткіштер құрылымы
- 5-сурет - ҚД бар пациенттердің амбулаторлық картаға сәйкес диагностикалық құрылымы
- 6-сурет - ДСМ бұйрығы, хаттама және стандартқа негізінде ҚД маман тексеру мен қаралу құрылымы
- 7-сурет - АГ-ы бар пациенттерге жүргізілу тиіс диагностика құрылымы
- 8-сурет - ДСМ бұйрығы, хаттама және стандартқа негізінде ҚД ауруы бар науқастарды маман тексеру мен қаралу құрылымы
- 9-сурет - Сараптама нәтижелері бойынша бұзушылықтар құрылымы
- 10-сурет - Науқастардың жасы және жынысы бойынша құрылымы
- 11-сурет - Респонденттердің жынысы бойынша құрылымы
- 12-сурет - Респонденттердің мамандығы бойынша құрылымы
- 13-сурет - Респонденттердің жұмыс өтілімі бойынша құрылымы
- 14-сурет - Медициналық мамандар халық санын қамту көрсеткіш
- 15-сурет - Респонденттер арасында біліктілік арттыру бойынша құрылымы
- 16-сурет - Респонденттердің ойынша, БСА кезінде диспансерлік тіркеуге қою құрылымы
- 17-сурет - Респонденттердің пікірінше, нефрологқа жолдама беруге әсер ететін қауіп факторлары
- 18-сурет - Респонденттердің ойынша, нефропротективті терапияға кіретін көрсеткіштер
- 19-сурет - Респонденттердің ойынша, науқастарды диспансерлеудің мақсаты
- 20-сурет - Респонденттердің жұмысқа қызығушылығы мен оның лайықты бағалану құрылымы



- 21-сурет - Респонденттердің ойынша, жұмысы мен табыс деңгейі қанағаттандыратын деңгей көрсеткіші
- 22-сурет - Респонденттердің жұмыс табысымен қанағаттану көрсеткіші
- 23-сурет - Респонденттердің ойынша, мотивтердің ынталандыруға көрсеткіштері
- 24-сурет - Респонденттердің ойынша, біліктілікті арттыруға бойынша құрылымы
- 25-сурет. Респонденттердің ойынша, жұмыс сапасына ынталандырудың әртүрлі әдістері әсер ететін құрылымы
- 26-сурет - Респонденттердің БСА бар пациенттерді анықтау мен алдын алуға ынта құрылымы

## КІРІСПЕ

### *Зерттеудің өзектілігі*

Қазіргі таңда созылмалы аурулар жаһандық проблема болып табылады. Бүйректің созылмалы ауруы (БСА) созылмалы инфекциялық емес аурулардың арасында ерекше орын алады, өйткені ол кең таралуы, өмір сапасының күрт нашарлауы, жоғары өліммен байланысты және бүйректі алмастыру терапиясының қымбат әдістеріне – диализге және бүйректі ауыстыруды қолдану қажеттілігіне алып келеді. Дүниежүзілік мәліметтерге сүйенетін болсақ, 2018 жылы созылмалы бүйрек ауруы бүкіл әлем бойынша 850 миллионға жуық адамға әсер еткенін хабарлайды. Дүниежүзінде БСА бар 10,5 миллионға дейін пациент диализді немесе бүйрек трансплантациясын қажет етеді, дегенмен көптеген пациенттер жоғары шығындарға немесе ресурстардың жетіспеушілігіне байланысты бұл өмірлік емдеу әдістерін ала алмайды [1].

Созылмалы аурулармен ауыратын адамдардың саны бүкіл әлемде өсуде. Үлкен шығындар мен жасалып жатқан жұмыстарға қарамастан, бұл мәселе әлі күнге дейін шешілмейген және жыл сайын өсіп келе жатқан қаржылық көмекті қажет етуде.

Қарқынды және ұзақ мерзімді бүйректі алмастыру терапиясы жоғары технологиялық әдістері өмірді сақтап қалуға мүмкіндік береді, бірақ оның сапасын, жұмысқа қабілеттілігін және әлеуметтік белсенділігін сақтай бермейді. БСА-ның таралуын қант диабеті, семіздік, жүрек-тамыр аурулары сияқты әлеуметтік маңызды аурулармен салыстыруға болады. Әдебиеттерге сәйкес бүйректің зақымдану белгілері және шумақтық (гломерулярлық) сүзгілеу жылдамдығының (ШСЖ) төмендеуі, кем дегенде, жалпы халықтың әрбір оныншы өкілінде және одан да жиі 40-50%-ға дейін қант диабетімен ауыратын науқастарды қамтитын қауіп топтарында анықталады [2]. Сол себепті де, БСА нефрологиялық проблемадан асып түсіп, атқарушы билік, денсаулық сақтау басқармасы, медициналық мекемелер мен түрлі мамандықтағы дәрігерлер тарапынан келісілген шешімді талап ететін маңызды көпсалалы және әлеуметтік мәселеге айналды.

БСА кезінде нефрологиялық көмек көрсетуді жақсартуға байланысты бір қатар мәселелер бар, олардың бірі болып алғашқы медициналық көмек дәрігерлері болып табылады. Осы кезекте пациенттер үшін де танылмаған белгісіз ауру болып қала береді. 3 немесе 4 сатыдағы БСА-мен ауыратын науқастардың тек 12% - ы ғана диагнозын біледі, ал терапевт дәрігерлердің 63%-ы ғана БСА-ның бар-жоғын дұрыс анықтай алады [3]. Алайда, дәрігерлердің басты назарын БСА дамуына алып келетін әлеуметтік-экономикалық қауіп факторлары, ерте кезеңдерінде диагностикалау және нефропротекция құралдарын уақтылы қосуға аудару арқылы аурудың

прогрессиясын бәсеңдетуге, диализге дейінгі кезеңін ұзартуға, жүрек-қан тамырлары асқынуларының қаупін азайту мен жалпы сырқаттанушылық көрсеткіштерінің айтарлықтай төмендеуіне, сондай-ақ денсаулық сақтау үшін елеулі экономикалық әсерге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Сол себепті, БСА мерзімінен бұрын анықтау және медициналық-санитариялық алғашқы көмек деңгейінде сапалы медициналық көмек көрсету денсаулық сақтау жүйесінде үлкен рөлді қамти отырып денсаулық сақтауды дамытудағы мемлекеттік бағдарламасының негізгі міндеттерінің бірі болып табылады.

*Зерттеудің мақсаты анықталды:* медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлерін БСА бар пациенттерді ерте анықтау үшін ынталандыру және рейтингтік бағалау жүйесін әзірлеу.

*Зерттеудің міндеттері:*

1. БСА бар пациенттерді басқаруға қатысты нормативтік-құқықтық актілерді, рейтингтік бағалау моделін, шетелдік және отандық ынталандыру жүйесін салыстыру.

2. Астана қаласының мысалында МСАК деңгейінде БСА 4-5 сатыдағы пациенттерге медициналық көмек көрсетуді зерттеу.

3. Рейтингтік бағалау моделін және дәрігерлерді ынталандыру жүйесін әзірлеу.

*Зерттеудің материалдары және әдістері:* Нефрологиялық комиссияның хаттамалары, 79 пациенттің амбулаторлық карталары, сараптамалық қорытындыларды ала отырып, қойылған мақсатқа жету және жоғарыдағы міндеттерді шешу үшін зерттеудің заманауи әдістері қолданылды: ақпараттық-талдамалық, статистикалық көшірмесі, сипаттамалық тәжірибені талдау.

*Зерттеудің көлемі:* 2021 жылғы бағдарламалық гемодиализге алғаш алынған Астана қаласының 79 пациенті, Астана қаласының қалалық емханаларында жұмыс жасайтын дәрігерлер (54 респондент).

*Зерттеудің нысаны:* Астана қаласының жеке және мемлекеттік меншік түрінде емханалары мен клиникалары.

*Зерттеу пәні:* Бағдарламалық гемодиализге алғаш алынған пациенттердің медициналық карталары, тәуелсіз сараптамалар, сауалнама нәтижелері.

*Зерттеудің ғылыми жаңалығы:* Нормативтік-құқықтық актілер жүйелі түрде зерттелеуі; Бүйрек созылмалы ауруы бар пациенттерге көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын амбулаторлық карталарды бағалау арқылы жүргізілуі; МСАК дәрігерлердің БСА анықтауға бағытталған индикаторлар мен алгоритмі әзірленіп, ынталандыру жүйесі зерттелеуі;

*Зерттеудің теориялық маңыздылығы:* Материалдарда «бүйрек созылмалы ауруы» түсінігі терең қолданылады. Бүйрек созылмалы ауруының дамуына әсер ететін қауіп факторлары мен оны алдын алу айтылады. Қазақстандағы БСА-ның жағдайы, таралуы мен маңыздылығы, көрсетілген медициналық көмектің сапасы жазылған. Сонымен қатар, ауруды алдын

алудағы негізгі салдары ретінде медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлерінің маңыздылығы анықталды.

*Зерттеудің практикалық маңыздылығы:*

1. Алынған нәтижелер науқастарды жүргізу алгоритміндегі әдістемелік ұсынымдарға қосылады.

2. Біліктілікті арттыру оқыту курсына МСАК дәрігерлері үшін кіріспе ретінде қоладану.

3. Өзірленген модель Астана қаласының денсаулық сақтау басқармасы және Астана қаласының филиалы әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына ұсынылатын болады.

*Диссертацияның құрылымы және көлемі:*

Диссертация 70 бетте жазылған: мазмұннан, қысқартулар мен атаулар тізімінен, кіріспеден, жасалған зерттеулердің нәтижелері бойынша тараудан, қорытындыдан, практикалық ұсыныстардан, пайдаланылған әдебиеттер тізімінен және қосымшадан тұрады. Жұмыс 26 сурет және 7 кестемен суреттелген. Библиографиялық көрсеткіште 72 еңбекке сілтемелер бар.

# 1 ӘДЕБИ ШОЛУ. БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ МӘСЕЛЕСІ

## 1.1 БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУ ЖАЙЛЫ АНЫҚТАМА

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен халықаралық нефрологиялық ұйымдардың мәліметтері бойынша, бүйрек созылмалы аурулары бар адамдардың саны бүгінде әлем халқының шамамен 10%-ын құрайды және бұл көрсеткіш жыл сайын артып келеді [3].

«Бүйрек созылмалы ауруы» терминінің анықтамасы – бүйрек функциясының қайтымсыз нашарлауы, ол бірнеше айдан бірнеше жылға дейін дамиды инфекциялық емес ауру түрі [4].

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясы мақұлдаған клиникалық протоколға сүйенсек, созылмалы бүйрек ауруы - бұл әртүрлі этиологиялық факторлардың әсерінен 3 ай немесе одан да көп уақытқа созылатын органның зақымдануы, оның анатомиялық негізі қалыпты анатомиялық құрылымдарды фиброзбен алмастыру процесі, яғни оның дисфункциясына әкеледі.

Көптеген жылдар бойы БСА басқа әлеуметтік маңызды аурулардың көлеңкесінде қалды және мәселенің маңыздылығы айтарлықтай бағаланбауда. XX-XXI ғасырлар тоғысында шыққан ірі эпидемиологиялық зерттеулердің деректеріне сәйкес (NHANES және т.б.) [4,5], популяциядағы бүйрек дисфункциясының жиілігінің өсуіне байланысты, БСА-мен күресудің терапевтік және профилактикалық әдістерін, жаңа зерттеулер толқынын белсенді іздеуді тудырды. Ауруды зерттеу қарқынының жеделдеуіне бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастардың өсіп келе жатқан ағыны мен диализ қызметтерінің күресудегі мүмкіндіктерінің сарқылуы ықпал етті.

Осыған орай, бүйрек функциясының бұзылу дәрежесін, болжамды бағалауға және белгілі бір емдік әсерлерді нақты жоспарлауға мүмкіндік беретін қарапайым критерийлер мен әмбебап жіктеуді әзірлеу қажеттілігі туындады [6]. Бүйрек зақымдануының ауырлығын жалпыға бірдей түсіндіру медициналық-әлеуметтік және медициналық-экономикалық мәселелерді шешу үшін де қажет екендігін түсінген.

Сол себепті, «Бүйрек созылмалы ауруы» тұжырымдамасын 2002 жылы АҚШ-тың Ұлттық бүйрек қоры (National Kidney Foundation) сарапшылары тұжырымдай әлемдік медициналық қауымдастық мойындады [7]. 2007 жылы 10-шы қайта қараудың халықаралық аурулар жіктемесіне БСА терминін енгізді.

БСА-ның әлемдік таралуы 20 миллионнан астам американдықтарға әсер етеді және 500 000-нан астам адам бүйрек жеткіліксіздігімен ауырады [10]. 2016 жылы жүргізген зерттеуде БСА таралуының ең жоғары көрсеткіштері Сауд Арабиясы мен Бельгияда (шамамен 24%) тіркелді, Польша мен Иранда ауру халықтың 18%-ы, Германияда 17%-ы, Ұлыбритания мен Сингапурда бұл көрсеткіш 16%-ды көрсеткішті құрады. Ең төменгі көрсеткіш Солтүстік Еуропа

елдерінде – Норвегия мен Нидерландыда (халықтың шамамен 5%) белгіленген. 1-5 сатыдағы БСА таралуының орташа еуропалық көрсеткіші 18,4 %, БСА 3-5 сатысы 11,9%-ды, АҚШ пен Канадада тиісінше 15,5% және 14,4%-ды құраған. Ол Оңтүстік Африка, Конго және Сенегалда ең аз тіркелген – сәйкесінше 8,7 және 7,6% [12].

Азия елдерінде БСА соңғы таралуына жүйелі шолу мен талдау жасалған зерттеуде БСА-ның таралуы деректері бар 16 елде айтарлықтай әртүрлі болған. Оңтүстік Кореяда 7,0%-дан (95% СА 5,1%-дан 8,9%-ға дейін) Сингапурда 34,3%-ға дейін (95% СА 0,0%-дан 71%-ға дейін) популистік зерттеулерде Сингапурда популяция (6,2% - дан 9,5% - ға дейін) Моңғолияда 33,2%-ға дейін (95% СА 22,4%-дан 44,1%-ға дейін) Вьетнамда 0,1%-дан (95% СА 0,1%-дан 0,2%-ға дейін) Ауғанстанда да, Пәкістанда да 17,0%-ға (95% СА 15,2% - дан 18,8% - ға дейін) дейін. Жалпы алғанда, Шығыс, Оңтүстік және Оңтүстік-Шығыс Азияда 434,3 миллионға дейін (95% СА 350,2-ден 519,7 миллионға дейін) ересектерде БСА болды (315,2 миллион (95% СА 236,0-ден 396,1 миллионға дейін) тек популяциялық зерттеулер негізінде) - бұл 65,6 миллион (95% сі 42,2-ден 94,9 миллионға дейін) тек популяциялық зерттеулер негізінде үдемелі дамушы БСА (45,8 млн (95% СА 27,2-ден 67,6 млн-ға дейін) бар екенлігін көрсеткен. Күтілгендей, БСА бар адамдардың абсолютті саны Қытайда (159,8 млн-ға дейін (95% СА 146,6-дан 174,1-ге дейін)) және Үндістанда (140,2 млн-ға дейін (95% СА 110,7-ден 169,7 млн-ға дейін) ең жоғары деп бағаланған [14].

1-кесте – Азия елдер арасындағы БСА таралу құрылымы

№	Елдер	2020 жылы $\geq 20$ жастағы адамдар саны (×миллион)	Жалпы БСА бар пациенттер саны (×млн; 95% сенімділік аралығы)	Таралуы(% ; 95% сенімділік аралығы)
1.	Ауғанстан	18,02	3,06 (2,74-тен 3,39-ға дейін)	17,0 (15,2 - ден 18,8-ге дейін)
2.	Пәкістан	122,00	8,71 (7,79-дан 9,64-ке дейін)	17,0 (15,2 - ден 18,8-ге дейін)
3.	Бангладеш	105,04	17,23 (2,1-ден 32,35-ке дейін)	16,4 (2,0-ден 30,8-ге дейін)
4.	Вьетнам	68,26	8,74 (7,71-ден 9,69-ға дейін)	12,8 (11,3-тен 14,2 - ге дейін)
5.	Оңтүстік Корея	42,36	2,97 (2,16-дан 3,77-ге дейін)	7,0 (5,1-ден 8,9-ға дейін)

6.	Сингапур	4,87	1,67 (0-ден 3,45-ке дейін)	34,3 (0,0-ден 71,0-ге дейін)
7.	Непал	17,55	2,56 (1,81-ден 3,32-ге дейін)	14,6 (10,3-тен 18,9-ға дейін)
8.	Үндістан	892,94	108,05 (85,72-ден 131,26-ға дейін)	12,1 (9,6 - дан 14,7-ге дейін)
9.	Индонезия	179,26	15,42 (12,91-ден 17,93-ке дейін)	8,6 (7,2 - ден 10,0-ге дейін)
10.	Қытай	1102,05	101,39 (81,55-тен 121,23-ке дейін)	9,2 (7,4-тен 11,0-ге дейін)
11.	Жапония	105,03	13,34 (11,24-тен 15,44-ке дейін)	12,7 (10,7-ден 14,7-ге дейін)
12.	Иран	57,68	6,17 (4,33-тен 8,08-ге дейін)	10,7 (7,5-тен 14,0-ге дейін)
13.	Монголия	2,04	0,16 (0,13-тен 0,19-ға дейін)	7,8 (6,2-ден 9,5-ке дейін)

Йорлачтың жүрізген зерттеуінде, кейінгі жылдары БСА-ның таралуы әлеуметтік маңызды аурулармен (гипертония, қант диабеті, семіздік және метаболикалық синдром сияқты) салыстырылады және эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес ересек популяцияда 14,3%-ы құрайтынын хабарлайды. Жоғары қауіпті топтарда, артериялық гипертензия, қант диабеті, жүрек-қан тамырлары аурулары диагнозы қойылған пациенттерде бұл көрсеткіш қазірдің өзінде 36,1% - дан асады [8], және бұл таңқаларлықтай емес, себебі гипертензиялық нефропатия, диабеттік бүйрек ауруы бүйрек ауруларымен қатар, әсіресе БСА негізінде жатыр дәлінген.

Шиловтың дәрігерлерге арналған нұсқаулықта БСА ұғымы екі компоненттен тұратанын атап өткен, олар: бүйректің зақымдану белгілері және ШСЖ-ның төмендеуі [9]. БСА-ны жіктеудің бірінші нұсқасында оны бес кезеңге бөлу ұсынылды. Кейінгі зерттеулер 59-дан 45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>-ге дейінгі ШСЖ бар адамдардың кіші тобында БСА прогрессиясының орташа қарқынында өте жоғары жүрек-қан тамырлары қаупі бар екенін, ал ШСЖ көрсеткіші 44-тен 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>-ге дейінгі пациенттерде өлімге әкелетін жүрек-қан тамырлары асқынуларының қаупіне қарағанда бүйрек жеткіліксіздігінің даму қаупі жоғары болатынын анықтаған [1]. Сондықтан, 3 сатысы (С3) сатысы С3а және С3b болып бөлінеді. (1-кесте)

2-кесте – Пациенттерді БСА өршу және жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі шкаласы бойынша бақылау алгоритмі

Шумақшалық филтрация жылдамдығы бойынша БСА сатылары			Альбуминурия/протеинурия деңгейі		
			А1 Жеңіл дәреженің жоғарылауы 30мг / г 3мг/ ммоль	А2 Орташа дәреженің жоғарылауы 30-300 мг/г 3-30 мг/ ммоль	А3 Ауыр дәреженің жоғарылауы >> 300 мг/г >>30 мг/ м
I C1	нормасы немесе жоғарылауы	≥ 90	Тәуекел төмен. Терапев т жылына 1 сапар.	Тәуекел қалыпты. Терапевт жылына 1 сапар.	Тәуекел жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 2 сапар.
I I C2	жеңіл дәрежедегі төмендеу	6 0-89	Тәуекел төмен. Терапев т жылына 1 сапар.	Тәуекел қалыпты. Терапевт жылына 1 сапар.	Тәуекел жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 2 сапар.
I II C3a төмен дету	жеңілден орташа дәрежеге дейін	4 5-59	Тәуекел қалыпты . Терапевт жылына 1 сапар.	Тәуекел жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 2 сапар.	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 3 сапар.
I II 3Б	орташа деңгейден ауыр дәрежеге дейін төмендеу	3 0-44	Тәуекел жоғары. Терапев т, нефролог ≥жылына 2 сапар.	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 3 сапар.	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 3 сапар.
I V C4	ауыр дәрежені төмендету	1 5-29	Тәуекел өте жоғары. Терапев т, нефролог ≥ жылына 3 сапар.	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥ жылына 3 сапар.	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥ жылына 3 сапар.
V C5	бүйрек жеткіліксіздігі	< 15	Тәуекел өте жоғары. Терапев т, нефролог ≥жылына 4	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 4	Тәуекел өте жоғары. Терапевт, нефролог ≥жылына 4



			сапар.	сапар.	сапар.
--	--	--	--------	--------	--------

Малкинаниң зерттеуі созылмалы бүйрек ауруы бүйрек функциясының ұзақ мерзімді прогрессивті төмендеуін білдіретінін еске салады. Симптомдар баяу дамиды және дамыған кезеңдерде анорексия, жүрек айну, құсу, стоматит, апатия, созылмалы шаршау, ақыл-ойдың анықтығының төмендеуі, бұлшықет конвульсиялары мен құрысулар, сұйықтықтың сақталуы байқалады делінген [15].

Алғашқы медициналық көмек дәрігерлері созылмалы бүйрек ауруымен көп жағдайда Америка Құрама Штаттарында созылмалы бүйрек ауруының этиологиясында ең көп таралған екі себепші ауру гипертония мен қант диабетінің жоғары көрсеткіштерімен бетпе-бет байланыстырады [11,16]. Алғашқы медициналық көмек дәрігері нефрологқа жіберілмес бұрын да созылмалы бүйрек ауруларының эпидемиологиясын, патофизиологиясын және бағалау әдістерін түсіну маңызды екенін айта кеткен жөн. Сонымен қатар, емдеуші дәрігер созылмалы бүйрек ауруларының, сондай-ақ асқынулар мен қатар жүретін аурулардың қаупін азайтуда маңызды рөл атқаратынын американдық ғалым Чальддің зерттеулері дәлел [16].

Американдық ғалымдар жүргізген бірқатар зерттеулер, атап айтқанда бүйрек жеткіліксіздігінің ерте бағыты стратегиясы, БСА бар науқастарды ерте анықтауға және басқаруға арналған маңызды мәселелерді атап өткен [17]. NHANES зерттеуінің мәліметтері бойынша [18] 1-2 сатыдағы бүйрек созылмалы ауруы бар зерттеуге қатысушылардың 5%-ы ғана бүйрек ауруы бар екенін білген, ал дәл осы кезеңде емдік іс-шаралар бүйрек функциясының төмендеуінің дамуын бәсеңдетуге немесе тіпті оның кері дамуына қол жеткізуге ең жоғары мүмкіндік беретінін көрсеткен.

Басқа да зерттеулерде бүйрек жеткіліксіздігінің даму қаупін азайту және оңтайлы емдеу үшін негізгі жүйелік кедергілердің бірі емдеуші дәрігерлер (терапевт, жалпы практика дәрігері) мен нефрологтар арасында байланыстың болмауын дәлелдеген [19]. Алғашқы медициналық дәрігерлерінің тәуекел факторлары білуі мен әлсіз науқастарды бақылау қажеттілігін, нефрологтармен бағыттау арқылы бірлесе жұмыс істеудің маңыздылығын атап өту керек.

## 1.2 БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУЫ МЕН ДАМУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР

Жалпы БСА тұжырымдамасында бүйрек тініндегі созылмалы патологиялық процестің дамуы мен аурудың даму қаупі факторларын анықтауға маңызды мән беріледі. Осындай факторларды ескере отырып, БСА-ның бастапқы және қайталама кезеңдерін алдын-алу шараларын тиімді жүзеге

асыру үшін төмендегідей зерттеулер олардың өзгергіштігін бағалау мен маңыздылығы атап өткен.

Әуелден, БСА-ның дамуы мен асқынуына алып келетін алғашқы факторлардың бірі – себепші немесе іліспе аурулар. Мажордың зерттеушілермен жүргізген анализінде БСА патогенезінде жүрек-қан тамырлар өзгерістері маңызды рөл алатынын, бұл пациенттердің белгілі бір популяциясындағы аурудың таралуы мен дамуына, өлімнің басым себебі болыпта табылады делінген [20]. Жүрек-қан тамыр жүйесінің зақымдану проблемасы ШСЖ-ның бастапқы және орташа төмендеуімен ауыратын науқастарға да қатысты болып келеді.

Бірнеше зерттеулерде ШСЖ-тың төмендеуі немесе сарысулық креатинин деңгейінің жоғарылауымен жүрек-қан тамырлары ауруларының таралуының айтарлықтай өсуін көрсетті [20,21,22].

Ал, Цзен [23] және Варттың [24] басқада ғалымдармен жүргізген метаталдаулық зерттеуінде элеуметтік-экономикалық жағдай (ӘЭЖ) мен БСА-ның арасындағы тығыз байланысты және аурудың бастамасы болу қаупін анықтаған болатын.

Оған дәлел, Ұлыбритания, Саутгемптон және Оңтүстік-батыс Гэмпшир Денсаулық сақтау басқармасы жүргізген ретроспективті когорттық зерттеуде, (БСА-ның деңгейі жылына 1701/100 000 адам шаққанда) [25], ӘЭЖ деңгейі төмен бірнеше аймақтарда бүйрек созылмалы ауруы зерттелген. Зерттеу нәтижелері ӘЭЖ деңгейі төмен басқа аудандарда тұратындарға қарағанда, ең қолайсыз аудандарда тұратын адамдарда БСА-ы шамамен 40%-ға жоғары екенін көрсеткен. Оған дәлел жүргізген сауалнамада [26] Біріккен Корольдіктің ӘЭЖ төмен бес аймақтың ішінде ең төменгі рейтингі бар аймақта БСА бар науқастардың ең көп саны анықталған.

Алайда, басқа зерттеулерде БСА-ның таралу көрсеткіштері ерлер мен әйелдер арасында, сондай-ақ табысы жоғары елдерде және дамушы елдерде айтарлықтай айырмашылықтарға ие емес [11], дегенмен кейбір авторлар әртүрлі еуропалық популяциялар арасында патологияның таралу коэффициентінің айтарлықтай өзгеруін атап өткен (Германияның солтүстік аймақтарында бұл Италия мен Норвегиядан бес есе көп) [12], бұл әртүрлі елдерде қолданылатын зерттеу әдістерінің айырмашылығына да байланысты болуы мүмкін.

Миллстың [13] 2006-2013 жылдар аралығында әлемде БСА-ның таралуы бойынша жүйелі шолу жүргізген болатын. Зерттеу нәтижелері 3-кестеде көрсетілген.

№	БСА сатылары	Ерлер	Әйелдер
1	1-5 сатысындағы ересектер арасында ( $\geq 20$ жас) БСА кезеңдері	10,4	11,8 (11,2–12,6)

		(9,3–11,9)	
1.1	Табыс деңгейі жоғары елдер	8,6 (7,3–9,8)	9,6 (7,7–11,1)
1.2	Табыс деңгейі орташадан төмен елдер	10,6 (9,4–13,1)	12,5 (11,8–14,0)
2	3-5 сатысындағы ересектер арасында (≥ 20 жас) БСА кезеңдері	4,7 (3,4–6,7)	5,8 (4,4–8,1)
2.1	Табыс деңгейі жоғары елдер	4,3 (3,5–5,2)	5,7 (4,4–7,6)
2.2	Табыс деңгейі орташадан төмен елдер	4,6 (3,1–7,7)	5,6 (3,9–9,2)

3-кесте – Жасы, жынысы мен елдердің табыс деңгейіне байланысты БСА-ның таралуы, %

Өзге зерттеулер қауіп факторлары ретінде темекі шегу жалпы ересек популяцияда БСА немесе бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысының даму қаупінің жоғарылауымен байланысты екенін атап өткен [27,28]. Темекі түтіні кадмийдің ересектерге әсер етуінің негізгі көзі болып табылады, ал темекі шегу әдеттегі диетаға қарағанда денеде кадмийдің жиналуына үлкен үлес қосады [28]. Кадмий тікелей нефротоксикалық болып табылады және бүйрек түтікшелерінің зақымдалуына және ШСЖ-ның қарқынды төмендеуіне әкелуі мүмкін.

Жапонияда жүргізген Мичишитаның зерттеуінде БСА үшін әдеттегі физикалық жаттығулардың болмауы тәуелсіз қауіп факторы болып табылатынын айқындаған [29]. Дене жаттығуларын жасаған кезде БСА-ы кезінде денсаулығына әсер ететін әртүрлі параметрлер бар. Жаттығу ақуыз синтезін күшейту, бұлшықет митохондриясын жоғарылату және бұлшықет катаболизмін төмендету арқылы БСА-мен байланысты бұлшықет атрофиясымен күресуде тиімді [30]. Оған қоса, физикалық белсенділік БСА прогрессиясына ықпал ететін көптеген метаболикалық бұзылуларға қарсы тұратынын дәлелдеген [31]. Зиянды әдеттердің болмауы, физикалық белсенділік пен дұрыс әрі сапалы тамақтану, яғни салауатты өмір салтын ұстану аурудың даму қарқындылығы мен алдын алуға үлкен рөл атқаратындығын дәлелдеді.

Көптеген клиникалық және медициналық зерттеулерде диеталық микроэлементтер, әсіресе ақуызды қабылдау, бүйрек ауруларының жиілігі мен өршуі арасындағы байланысқа әсерін зерттеді және зерттеп жатыр. Ақуызды дұрыс қабылдауды реттеу бүйрек ауруының БСА-ға өтуіндегі ең маңызды өмір салты факторларының бірі болып қала береді. Ақуыздың қатаң шектелуі (тәулігіне < 0,3 г/кг) ШСЖ-ның деңгейіне және тұзды көп тұтыну БСА-ның

дамуымен тікелей байланысты [29,32]. Сонымен қатар, жаңа піскен жемістер мен көкөністерді, балықты және қанықпаған майларды (негізінен зәйтүн майын) көп тұтынған жөн.

Бүйрек аурының қарқынды дамуы мен пайда болу қаупіне алып келетін келесі факторлардың бірі – адамның дене салмағы. Оны Колумбия университетінің ғалымдары дене салмағының индекс мәні (ДСИ) БСА-ның даму қаупімен оң байланыстырған [33] екенін көрсеткен. Яғни, аурудың даму ықтималдығы ДМИ-дің жоғарылауына пропорционалды түрде артатынын дәлелдеген. Мәселен, 1986-1990 жылдар аралығында БСА-ның даму ықтималдығы – 0,2%, 1996-2000 жылдары – 2%, ал 2001-2015 жылдары – 2,7% жеткен. Сонымен қатар, пациенттердің 56%-ы протеинурия (зәрде ақуыздың болуы) анықталған, ал 44%-ы протеинурия созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің дамуына алып келген [34].

### 1.3 БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

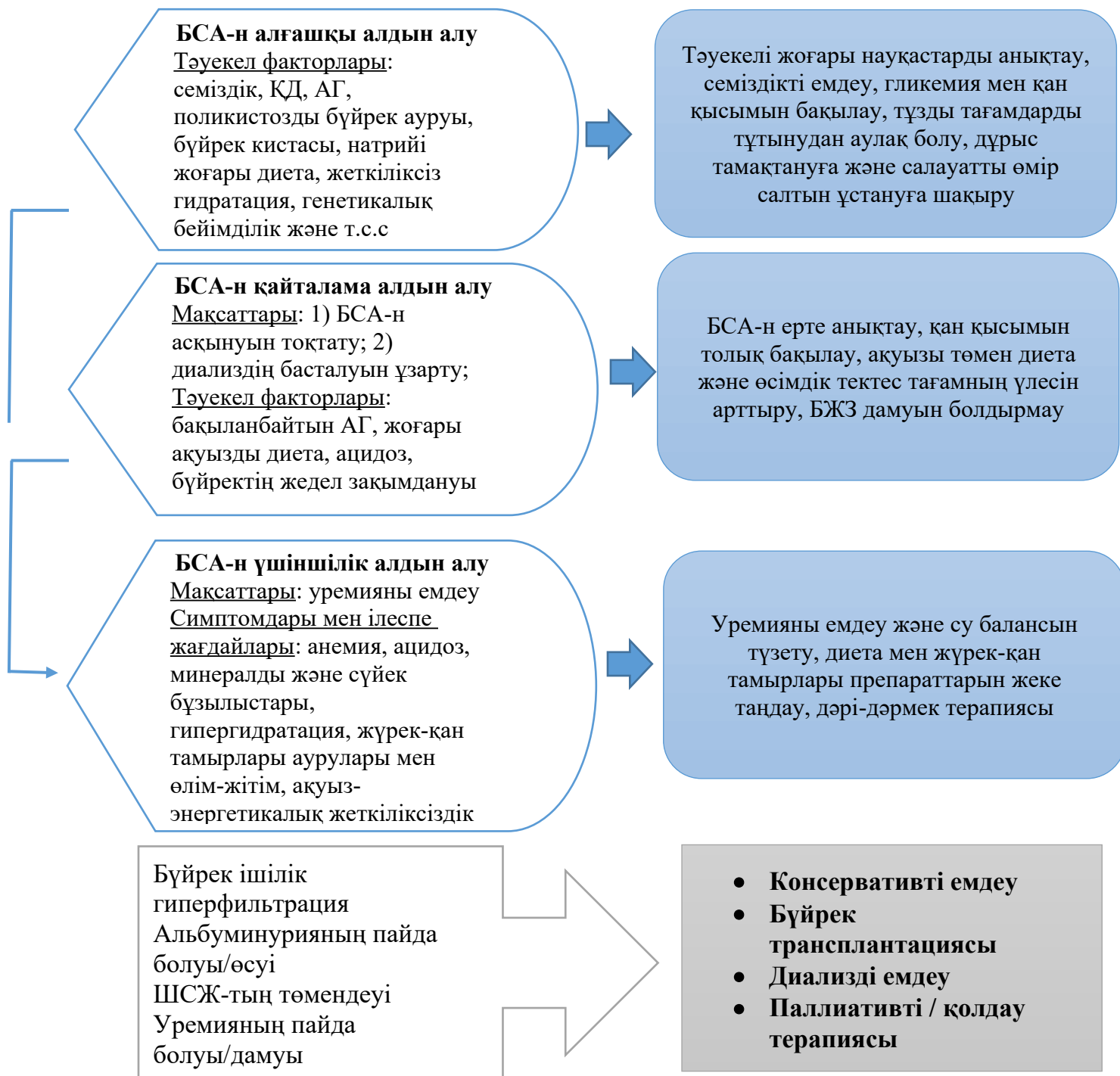
"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI Кодексінің негізгі принциптері бірі денсаулық сақтау жүйесі қызметіндегі профилактикалық бағыттың басымдылығы болып табылады. Яғни, аурудың пайда болуы, оның ерте сатысында өршуінің алдын алуға және дамыған асқынуларды, органдар мен тіндердің зақымдануын бақылауға бағытталған медициналық және медициналық емес шаралар кешенін пайдалану.

Сарапшылардың анықтамасы бойынша, соның ішінде ауруларды бақылау және алдын алу орталығы / Center for Disease Control and Prevention [35], "алдын алу" термині келесі үш анықтамаға сәйкес келетін іс-шараларды білдіреді: 1) алғашқы профилактика – аурудың немесе зақымданудың дамуын болдырмау үшін денсаулық жағдайының өзгеруі және ауру басталғанға дейін араласуды қамтиды; 2) қайталама профилактика – неғұрлым күрделі проблемалардың дамуын болдырмау үшін ауруды ерте диагностикалауды, уақтылы емдеуді қамтамасыз ететін іс-шараларды жүргізуді көздейді және ауруды мүмкіндігінше ертерек анықтау мақсатында скринингті қамтиды; 3) үшінші профилактика - аса ауыр асқынулардың өршуі мен дамуының алдын алу мақсатында бұрыннан бар ауруды емдеуден тұрады, бұл көбінесе дәрі-дәрмек терапиясы, оңалту, скрининг және асқынуларды емдеу сияқты мақсатты шараларды қолдану.

Ливейдің зерттеуінде, жоғарыдағы анықтамалар БСА-ны алдын алу мен емдеуде үлкен маңызға ие және төмендегі кестеде көрсетілгендей, БСА-ның дамуына немесе бүйрек жеткіліксіздігінің тезірек өршуіне әкелетін қауіп факторларын дәл анықтау денсаулық сақтау саясатын таңдауда, денсаулық

сақтау саласындағы білім беруде және БСА туралы хабардар болуда маңызды рөл атқаратындығы жазылған [36].

4-кесте – БСА алдын алу бойыншы құрылымы



Әлемде БСА аурушандылығы (жаңа жағдайлардың пайда болуы) және таралуы (бар жағдайлардың жиынтық саны) тұрақты түрде өсуде [1, 4, 6, 11]. Алдын алудың бастапқы деңгейі БСА дамуының өзгертілетін қауіп факторлары туралы хабардар болуды және денсаулық сақтау ресурстарын БСА-ның даму қауіпі ең жоғары тобына жататын пациенттерді шоғырландыруға бағытталған күш-жігерді қамтиды.

БСА-ның дамуына алғашқы профилактикаға тиімді қол жеткізу шаралары екі жетекші қауіп факторына – қант диабеті мен артериялық гипертензияға бағытталуы тиіс. Негізгі зақымдану механизмі гиперфилтрациядағы ШСЖ-ның қалыпты мәндерден жоғарылауы екендігі дәлелденген [38]. Задехтің деректеріне сәйкес, БСА дамуының басқа қауіп факторларына әртүрлі бүйрек пен зәр шығару жолдарының аурулары, басқа туа біткен немесе жүре пайда болған құрылымдық ауытқулары, жалғыз бүйректің болуы, тұзы мен ақуызы жоғары диета болуы мүмкін.

Жоғарыдағы 4-кестеге сай, БСА дамуының негізгі қауіп факторлары көрсетілген. Аурудың дамуын болдырмайтын іс-шараларға ауру қауіпі жоғары немесе себепші аурулар бар адамдарды, атап айтқанда қант диабеті және артериялық гипертензиясын, анықтауға және емдеуге бағытталған скрининг жатады.

Пациенттердің көпшілігінде БСА-ның ерте кезеңдері, яғни БСА 1-2 сатысы микроальбуминуриямен (тәулігіне 30-дан 300 мг-ға дейін) немесе БСА-ның 3А сатысы (ШСЖ 45-тен 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>-ге дейін) бар екені дәлелденген [37]. Бұл пациенттерде БСА-ның "қайталама профилактикасы" ең жоғары басымдыққа ие. БСА-ны ерте кезеңдерінде ағарту мен клиникалық араласудың негізгі мақсаты – аурудың дамуын бәсеңдету болып табылады. Бақыланбайтын немесе нашар бақыланатын АГ-ның прогрессиясы маңызды қауіп факторларының бірі болып табылады [38].

БСА-ның жоғарғы кезеңдері бар емделушілерде уремия мен ілеспе жағдайларды (анемия, минералды-сүйек бұзылыстары, ЖҚА) емдеу олардың өмір сүру ұзақтығын барынша қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін бірінші кезектегі маңызға ие. Бұл шаралар кестеде жалпы БСА-ның "үшінші профилактикасы" ретінде белгіленген [37, 38].

Жалпы халықтың әмбебап скринингі көп уақытты қажет ететін, қымбатқа түсетін және экономикалық тұрғыдан тиімсіз болып табылады. Егер мақсатты түрде жоғары қауіпті топтар таңдалмаса, мысалы, қолайсыз популяциялардағы БСА қауіпі болса [39], Марков моделін қолдана отырып, экономикалық тиімділікті талдауға сәйкес, протеинурияны анықтау үшін сынақ жолақтарын қолдана отырып, бүкіл халықты скрининг қолайсыз (баға/тиімділік) қатынасымен сипатталады [40]. Оған қоса, жақында Корея зерттеушілері БСА-ның скринингі өздерінің ұлттық медициналық скринингтік бағдарламасы қант

диабеті және артериялық гипертензиямен ауыратын науқастарда жалпы халыққа қарағанда тиімдірек екенін растады [41].

Жүйелі шолудың мәліметтері бойынша, экономикалық тұрғыдан алғанда, протеинурияны анықтау арқылы артериялық гипертензиямен немесе қант диабетімен ауыратын науқастарда БСА скринингі үнемді болып шыққан [42]. Яғни, экономикалық тиімділікті анықтайтын негізгі факторлар аурудың даму жиілігі, даму жылдамдығы және дәрілік терапияның сәттілігі болғандықтан, экономикалық тұрғыдан алғанда, БСА скринингі аурушандық, прогрессия жылдамдығы жоғары және дәрілік терапиясының нәтижелері жақсырақ популяцияларда тиімдірек болуы мүмкін.

Қытайлық зерттеуші Чоудың мәліметтерінде, БСА-ны ерте диагностикалау тәсілі мынадай параметрлерді қамтуы тиіс: скрининг жүргізу жиілігі; скринингті жүргізетін дәрігер және скринингтен кейінгі әрекеттер [44]. Мақсатты популяцияларда, егер патологияны алғашқы тексеру кезінде табылмаса, скрининг жыл сайын жүргізілуі керек. Бұл KDIGO-ның резолюциясына сәйкес [48], зерттеу жиілігі мақсатты топқа байланысты болуы керек және көп жағдайда жылына бір реттен кем түспеуі керек деген шешіміне сәйкес келген [36].

Сондықтан, скринингтен кейінгі жасалатын іс-шаралардың маңызы зор. Сол себепті, БСА анықталған пациенттер бүйрек ауруларын емдеуде тәжірибесі бар алғашқы медициналық көмек мамандары мен жалпы тәжірибелік дәрігерлерге одан әрі бақылау үшін жіберілуі тиіс.

#### 1.4 БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ АЛҒАШҚЫ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ РӨЛІ

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлері БСА бар науқастарға уақытылы күтім жасауды және тиесілі мамандарға бағыттауда негізгі бастама рөл атқарады. Жалпы медицинада БСА-ның ерте кезеңдерінде МСАК-тың пайдасы туралы мәліметтер аз және зерттеулер соңғы жылдары жүргізілуде. Осы уақытқа дейін жасалған зерттеулер амбулаторлық көмек бүйрек функциясының төмендеуіне және өмір сүрудің жақсаруына әкелуі мүмкін екенін дәлелдеді [21, 44]. Сонымен қатар, нефрологиялық көмекке уақтылы жолдама пациенттерді бүйрек алмастыру терапиясына жоспарлауға және дайындауға жеткілікті уақыт бере келе, БСА-ның дамуын болдырмау және асқынуларын емдеу үшін араласуды үйлестіруге мүмкіндік береді.

Жапонияның зерттеушілері жүргізген ауқымды, проспективті және когортты зерттеуінде нефролог дәрігердің бақылауында болған пациенттердің бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысына дейін БСА прогрессиясымен байланысты қауіп факторларды анықтаған болатын [44].

Дәрігерге уақтылы жолдама беру бүйректі алмастыратын терапияға дайындықты жақсартады, [45] гемодиализ және шұғыл гемодиализ үшін катетерлерді пайдалануды азайтады және трансплантация мен өзін-өзі күту диализін (перитонеальді диализ және үйдегі гемодиализ) пайдалануды арттырады.

Сонымен қатар, зерттеулер уақтылы жолдама беру нәтижелерді, оның ішінде бүйректі ауыстырудың басындағы клиникалық жағдайды, созылмалы бүйрек ауруымен байланысты қатар жүретін ауруларды емдеуді және өмір сүруді жақсартатынын көрсеткен [46].

Алғашқы медициналық көмек дәрігерлері әдетте бүйректің ерте созылмалы ауруын ғана емдейді, бірақ кейбір соңғы нұсқауларға үнілсек, 3-ші және 4-ші сатыдағы БСА бар барлық науқастар үшін нефрологпен бірлесіп емшара жүргізуді ұсынады [47].

Алғашқы медициналық көмек дәрігері ауыр альбуминуриямен ауыратын көптеген науқастарды, әсіресе қант диабеті сияқты айқын этиологиясы бар науқастарды нефрологқа жібермеу туралы шешім қабылдауы мүмкін [48]. Төмендегі көрсетілген санаттар үшін дәрігерлер қолжетімділік пен клиникалық хаттама негізінде нефролог-дәрігерге жолдама беру қажеттілігін қайта қарастыра алады.

- ШСЖ  $<30$  мл / мин /  $1,73$  м<sup>2</sup> (G4-G5 ШСЖ санаттары);
- ШСБЖ  $\geq 25$  төмендеуі;
- ШСЖ-ның жылына 5-тен астам тұрақты төмендеуімен БСА-ның прогрессиясы;
- Маңызды альбуминурияны үнемі анықтау;
- Тұрақты түсініксіз гематурия;
- Екіншілік гиперпаратиреоз, аниондық айырмашылығы бар тұрақты ацидоз, темір тапшылығы жоқ анемия;
- БСА-ы, артериялық гипертензия және 4 немесе одан да көп гипертензияға қарсы препараттармен емдеуге;
- Сарысудағы калий деңгейінің тұрақты бұзылуы;
- Қайталанатын немесе кең нефролитиаз;
- Тұқым қуалайтын бүйрек ауруы немесе БСА-ның белгісіз себебі;

ШСЖ-ның көрсеткіш мәні жалпы практика дәрігерлері нефрологтардан кеңес алу қажеттілігін көрсетеді. Оны британдық зерттеу жолдама берілмеген пациенттерде ( $28,5$  мл/мин/ $1,73$ м<sup>2</sup>) жалпы популяцияға ( $23,4$  мл/мин/ $1,73$ м<sup>2</sup>) қарағанда ШСЖ жоғары мәндерді көрсеткенін растайды [49].

Ал, Нидерландыда созылмалы аурулары бар науқастарды емдеуде күтім жасауға арналған стандартталған бағдарламаларына сәйкес жүргізген зерттеулерінде [50] қаншалықты хаттамалар мен стандарттарды жетілдіру



әрекеті жүрсе де, медициналық көмек көрсетілген кезде дәрігер-мамандардың алатын орны бөлек екенін еске алған жөн.

БСА-ның анықтау – оның ауру жайлы хабардар көрсеткіші ретінде қарастыруға болады [19]. Дәрігерлер арасындағы білім деңгейін арттыру стратегияларын білім беру саласында және қаржылық қолдау тұрғысынан арттыру қажет.

БСА бар пациенттердің көпшілігінде бүйрек ауруының соңғы сатысында өту қаупі төмен және оларды емдеу медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету мекемелерінде жүргізіледі. Kidney Disease: improving Global Outcomes, Ұлыбританияның ұлттық денсаулық және клиникалық шеберлік институты және канадалық Нефрология қоғамы сияқты ұйымдар БСА және жүрек-қан тамырлары ауруларының жағымсыз әсерлерінің қаупін азайту үшін науқастарды басқару бойынша ұсыныстар береді. Жергілікті, облыстық немесе мемлекеттік деңгейдегі сапаны үнемі тексеру күтімдегі айырмашылықтарды анықтап, ресурстарды бөлу, алғашқы медициналық көмек дәрігерлерін оқыту, білім беру және басқа да сапаны жақсарту шаралары туралы хабардар етуі үлкен жұмыс болып табылады. Сонымен қатар, сапа көрсеткіштері денсаулық сақтау жүйелерін құруға бағытталған инновацияларды бағалаудың алғашқы қадамы болып табылады [51].

Жоғарыда айтылған деректерге сәйкес, МСАК-тың сапалы болуы БСА дамуына, себепші-ілеспе аурулар мен барлық себептерден болатын өлім қаупінің төмендеуімен байланысты екендігін дәлелдеген. Бұл байланыс ішінара МСАК дәрігерінің қан қысымын бақылау сияқты ұсынылған емдеу әдістерін ертерек қолдануымен тікелей байланысты.

## 1.5 ДӘРІГЕРЛЕРДІ ЫНТАЛАНДЫРУ ЖӘНЕ ТИІМДІЛІКТІҢ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Дәрігерлерді ынталандыру және ұстап қалу дамушы елдердің денсаулық сақтау жүйелерінде қызмет көрсетудің функционалдығы мен сапасы үшін маңызды рөл атқарады.

Денсаулық сақтау ұйымының персоналын ынталандыру кадр саясатының ғана емес, сонымен қатар әртүрлі деңгейдегі басшылардың күнделікті қызметінің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Персоналды ынталандыру тәсілдері ғасырлар бойы өзгерді, бірақ ең қолайлы әдісті іздеу меншік нысанына және мемлекеттік мекемеге қарамастан медициналық ұйымдардың барлық менеджерлері үшін бүгінгі күнге дейін бірінші міндет болып қала береді.

Соңғы жылдары жүргізілген зерттеулер ішкі және сыртқы мотивацияның жұмысқа тікелей әсері туралы айтылған. Жапонияда жасалған зерттеуде еңбек

мотивациясын, өзін-өзі анықтау теориясына сәйкес әрекетті тудыратын әртүрлі себептерге немесе мақсаттарға негізделе, ішкі және сыртқы мотивацияға бөлінеді делінген [52].

Ішкі мотивация белгілі бір себеп-салдар үшін емес, адамға тән қанағаттану үшін іс-әрекетті орындау ретінде анықталады. Адам іштей ынталандырылған кезде, ол сыртқы белгілер, қысым немесе сыйақы үшін емес, көңіл көтеру немесе қанағаттану үшін әрекет етуге шақырады. Сыртқы мотивация – бұл белгілі бір нәтижеге жету үшін жүзеге асырылатын іс-әрекетке қатысты құрылым, тек оның қатысудан айырмашылығы аспаптық құндылығында.

Мысалы, ақшалай сыйақы жұмысшылардың сыртқы мотивациясына әсер ететін факторлардың бірі болып табылады және жұмысқа деген әрекетті арттыруы мүмкін [53]. Соңғы зерттеулер ішкі мотивацияның сыртқы мотивацияға қарағанда жұмыс жасаудағы әрекетке оң әсер ететінін көрсеткен [54].

Әлемнің жетекші елдері – Жапония, АҚШ, Ұлыбритания, Германия мысалында еңбекті ынталандыру жүйелеріне тән модельдерін қарастырайық.

Жапон моделінің басты ерекшелігі – оның икемділігі. Жапондық ұйымдардың көпшілігі дәстүрлі және жаңа жалақы жүйелерін біріктіретін жұмысшыларды материалдық ынталандырудың синтезделген жүйелеріне басымдық берген, мұнда жалақы мөлшері: жасына және еңбек өтіліміне, кәсіби деңгейі және еңбек өнімділігіне байланысты [52,55]. Бұл жағдайда еңбекке ынталандыру қызметкердің біліктілігін арттырумен және оның еңбек үлесімен тікелей байланысты.

Ұлыбританиядағы еңбекті ынталандыру жүйесінің ерекшелігі – қызметкерлердің жалақысы ұйымның жұмыс нәтижесіне тәуелділігі. Еңбекақы төлеу жүйесінің екі түрі бар: ақшалай және акционерлік (акциялар түріндегі ішінара жалақы). Өзгермелі жалақы жүйесі де бар, ол толығымен ұйымның пайдасына байланысты [56]. Мұндай жүйе тұтастай алғанда ұйымға да, оның қызметкерлеріне де жағымды әсер етеді.

Ғалымдардың пікірінше, американдық модель кәсіпкерлікті барынша ынталандыруға және елдің экономикалық белсенді халқын байытуға бағытталған. Ол ұлттың психологиялық және әлеуметтік-мәдени құндылықтарына негізделген, мысалы, азаматтардың жеке әл-ауқатына және жалпы елдің экономикалық дамуына ұмтылу. Сондықтан, американдық кәсіпорындар өз жұмысшыларын ынталандырудың экономикалық әдістерін белсенді қолданады, сонымен бірге кесімді және уақытылы жалақының элементтерін біріктіреді, сонымен қатар жалақыны сыйақымен толықтырады [57].

Еңбек уәжесінің неміс моделі елдің нарықтық экономикасының экономикалық және әлеуметтік аспектілерін сәтті үйлестіреді. Жалпы айтқанда, бұл модельдің орталық фигурасы – қоғам алдындағы жауапкершілігін білетін

экономикалық еркін тұлға ретінде адам [55]. Бірақ, әрбір азамат нарық талаптарына сәйкес жұмыс істей алмайтындықтан және "өндіріс-тұтыну" жүйесінде өз орнын таба алмайтындықтан, мемлекет барлық азаматтарға жағдай жасауды, барлық сырттай және қорғансыздарды қорғауды, әлеуметтік әділеттілік пен ынтымақтастыққа ұмтылуды қоса алғанда, бірқатар қажетті әлеуметтік кепілдіктерді қарастырған [57].

Осылайша, батыс зерттеушілерінің пікірінше, еңбекті ынталандыру мен әлеуметтік кепілдіктердің бірегей үйлесімі халықтың экономикалық және әлеуметтік әл-ауқатын қамтамасыз ететін еңбекті ынталандырудың ең оңтайлы нұсқаларының бірі болып табылған.

Қазақстанда медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлерін көтермелеу «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің жұмыскерлерін көтермелеу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы №ҚР ДСМ-278/2020 бұйрығына сәйкес жүргізіледі. Бұйрық талаптарына сәйкес МСАК мекемесінің түпкілікті нәтиже индикаторларының мәндеріне әсер ететін процесс индикаторлары қол жеткізудегі қызметкерінің қосқан үлесіне қарай ынталандыру көлемі комиссия шешімінің негізінде жүзеге асырылады.

Қызметкерлерді ынталандыру арқылы келесідей мақсаттарға қол жеткізеді: көрсетілетін қызметтердің сапасын және халықтың МСАК қызметтерімен қанағаттануын арттыру; МСАК қызметкерлерін нәтижеге қол жеткізуге олардың уәждемесі мен нәтижеге жауаптылығын арттыру арқылы тарту; басқарудың тиімділігін арттыру және МСАК-тың халық денсаулығының базалық көрсеткіштерін жақсартуға әсері; МСАК ұйымы қызметінің түпкілікті нәтижесінің индикаторлары бойынша нысаналы мәнге қол жеткізуді қамтамасыз ету кемінде 80%-дай болуы.

Ал, көрсетілген медициналық көмектің сапасын №ҚР ДСМ-278/2020 бұйрығына сәйкес анықтауға келесідей индикаторлар жауап береді:

- МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі;
- МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі балалар өлімі;
- Асқынған ЖРВИ-мен ауруханаға жатқызылған 5 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы;
- Перзентханадан шыққаннан кейінгі алғашқы 3 тәулікте жаңа туған нәрестелерді патронаждық тексерумен қамту;
- Уақтылы диагноз қойылған өкпе туберкулезі;

– Сүт безі мен жатыр мойнының қатерлі ісіктерін қоспағанда, 0-1 сатыдағы визуалды локализацияның қатерлі ісігінің алғашқы анықталған жағдайлары.

– Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының асқынулары бар науқастарды ауруханаға жатқызу деңгейі (миокард инфарктісі, инсульт);

– Негізделген шағымдар.

Ынталандыру – бұл жұмыскердің жеке деңгейде қолданылатын еңбек уәждемесін басқарудағы қосымша құралы болып табылады. Соңғы уақыттағы тәжірибелер көрсеткендей, дұрыс құрылған басқару процесі медициналық қызметтерді сату көлемінің артуына, сапалы әрі тиімді медициналық көмек көрсету және мекеменің беделі мен рейтингінің жоғарлауына әкеледі. Сондықтан, қазіргі таңда медициналық мекемелердің басшылары әр қызметкердің жұмыс сапасын бағалау көрсеткіштер жүйесін енгізуде.

Мұндай ынталандырудың персоналға тиімді әсер етуі үшін ұйым KPI (Key Performance Indicators) жүйені, яғни тиімділіктің негізгі индикаторларын қолданады. Тиімділіктің негізгі көрсеткіші - бұл медициналық мекеменің барлық қызметкерлерінің қаншалықты сапалы жұмыс істейтінін, сондай-ақ жалпы медициналық мекеменің тиімділігін анықтауға көмектесетін көрсеткіштер [58].

KPI базасында персоналды уәждеуді қолдану негіздемесі (негізгі базадан айырмашылығы) оның келесі артықшылықтары [60]:

1) нәтижеге барынша бағдарлану – нәтижеге қол жеткізу және нәтижеге әкелетін жұмыстарды орындау үшін қызметкер сыйақы алады;

2) икемділік (өңдеу) – ішкі және сыртқы нарықтарда жағдай өзгерген, жүйенің жаһандық модификациясы жоқ кезде қызметкерлер әрекетін реттеуге мүмкіндік береді;

3) әділдік – компания қызметтің оң нәтижесіне қол жеткізген кездегі қызметкердің салымын лайықты бағалау және сәтсіздікке ұшыраған жағдайда қызметкерлер мен компания арасында тәуекелдерді (шығындарды) әділетті бөлу;

4) түсініктілік – қызметкер компания оны не үшін марапаттайтынын түсінеді; компания декларациялаған төлемдер және қызметкерлер қол жеткізген нәтижелер үшін қанша төлеуге міндетті екенін түсінеді;

5) тұрақтылық – мотивация жүйесі бағытталған мотивацияның белгіленген қағидалары нақты нәтиже алынғанға дейін өзгермейді.

Осы ретте, бұл көрсеткіштерді енгізудің негізгі артықшылығы – ашықтық. Дәрігерлер де, клиника жетекшісі де кімнің, қанша жұмыс істейтінін, қандай көрсеткіш пен қалай істейтінін көруге мүмкіндік беретінін айта өткен жөн [59]. Сонымен қатар, бұл тәсіл мекеме басшысына қызметкерлерді ынталандыруға және медициналық көмек жағдайын бақылауға көмек береді.

Сандық деректерді қолдана, КРІ көрсеткіштер жүйесі медициналық ұйымдағы процестердің бүкіл көрінісін көрсетуге мүмкіндік бере отырып [60,61], мүмкін мәселелер туралы ағымдағы немесе ұзақ мерзімді мақсатта алдын алуға арналған көмекші құрал.

Ұйымда еңбекті ынталандырудың жаңа жүйесін әзірлеу қажеттілігін түсіну үшін қызметкерлердің мінез-құлқын зерттеу керек, атап айтқанда қызметкерлердің мінез-құлық мәселелерін анықтау керек, оларға мыналар жатқызылуы мүмкін: қызметкерлер жұмысқа кешігіп келеуі; жұмысты орындаудың орнына қызметкерлер жеке істермен айналысуы; жұмысшылар түскі үзілісте кешіктірілуі; қызметкерлердің көңіл-күйі үнемі нашар және немқұрайлы болуы; қызметкерлер өздеріне жүктелген жұмысты мерзімінде орындамауы [61].

Қызметкерлерді ынталандыру жүйесі тиімді болады, егер қызметкер ұйымның түпкілікті нәтижесіне, оның кірісіне және әр қызметкердің жалақысына қалай әсер ететінін түсінсе. Ұйымның мүмкіндіктері мен қызметкерлердің қажеттіліктеріне сәйкес мотивацияның әртүрлі формалары жасалып, жүзеге асырылатын мотивация жүйесі ең тиімді болып келесідей түрлері саналады: материалдық және материалдық емес; оң және теріс; сыртқы және ішкі; жалпы корпоративтік, топтық және жеке; өзін-өзі ынталандыру. Сол себепті, ұйымның міндеттеріне сәйкес келетін уәждеме жүйесін қызметкерлерге сай етіп таңдауы мен жүргізілуі маңызды.

## 1.6 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУ БОЙЫНША МӘЛЕМЕТТЕР

Осы уақытқа дейін Қазақстанда БСА-ға қатысты жүргізілген ауқымды эпидемиологиялық зерттеулер саны аз. Сол себепті, БСА-на байланысты халықтың аурушандығы, таралуы немесе өлімі сияқты бағалауды айтарлықтай қиындатады.

Алайда, Қазақстандағы алғашқы эпидемиологиялық зерттеулері бүйрек ауруларының нозологиялық түрлерінің пайда болуын арналған. Ю.А. Кимнің зерттеуінде Қарағанды жоғары оқу орындарында студенттер арасында жүргізілген скринингтік тексерудің нәтижелері студенттердің 13,6%-да БСА-ға тән зәрдің патологиялық өзгерістері бар екенін көрсеткен [63].

О.Ж. Нарманованың деректеріне сәйкес Қазақстандағы БСА-ның аурушандылық дәрежесі 2008 жылы зерттеліп, гломерулярлы аурулары бар пациенттерде прогрессия факторларының жоғары таралуы келесідей көрсеткіштерде анықталған: артериялық гипертензия зерттелгендердің - 23,3%, диагностикалық маңызды протеинурия – 31,7%, анемия - 56,0% және гипопропротеинемия - 35,5%. АГ, ҚД, алғашқы және қайталама нефропатиялары бар диспансерлік науқастар арасында БСА-ы таралуын талдау зерттеуінде 1-2

сатысы – 71,5%, 3 сатысы – 17,7%, 4-5 сатысы – 1,3%-ды құрай отырып, бүйрек функциясының қайтымсыз бұзылуы бар екенін көрсеткен [64].

Осыған қоса, Канатбаеваның 2009 жылғы зерттеуінде Қазақстандық неврологиялық қауымдастық қалалық әкімдіктің қолдауымен БСА-ның белгілерін анықтау үшін Алматы қаласының тұрғындарына скрининг жүргізілген. Зерттеуге төрт мыңнан астам ересек адам мен бес жүзден астам бала скринингтен өткен. ШСЖ көрсеткішін бағалау үшін қан қысымы, салмақ, бой, зәр анализінің жедел сынағы, креатинин көрсеткіші сияқты физикалық және зертханалық көрсеткіштер арқылы анықталған. БСА-ның 3 сатыдағы таралуы ересектер арасында 6%-ға және балалар мен жасөспірімдер арасында 1,7%-ға тең болғаны анықталып, бұл Қазақстанда БСА-ның пайда болу жиілігі осындай әлемдік көрсеткіштен асып түсетінін көрсетеді [65].

Зерттеушілер 2015 жылы Алматы облысының ересек тұрғындары арасында БСА таралуын тағы бір ауқымды эпидемиологиялық зерттеу жасаған болатын. Зерттеуге 16 мен 70 жас аралығындағы 1575 адам қатысқан, олардың төрттен бірін ер адамдар ұсынды, субъектілердің жартысына жуығы елу жастан асқан. Бүйрек функциясының төмендеуі 60 жастан асқан жаспен тікелей байланысты болған. БСА-ның әртүрлі кезеңдері бар топта осы жастағы адамдар сау адамдар тобына қарағанда 2,5 есе көп болып, қала тұрғындары БСА-мен ауыл тұрғындарынан қарағанда екі есе жиі ауыратыны анықталған. Бұл ретте ШСЖ көрсеткіші ұлтына, білім деңгейі немесе кәсіби қызметі бойынша айырмашылықтары байқалмаған. Алкогольді тұтыну, темекі шегу фактісі де зерттелетін адамдардың бүйрек қызметіне айтарлықтай әсер етпеген [66]. ШСЖ көрсеткіші 89мл/мин/1,73м<sup>2</sup>-ден төмен адамдар арасында семіздіктің абдоминальды түрімен ауыратын науқастардың саны сау адамдар тобына қарағанда статистикалық тұрғыдан айтарлықтай жоғары болған. Алматы облысының тұрғындары арасында БСА үшін тағы бір кардиологиялық қауіп факторы – ауырлық дәрежесі бар артериялық гипертензия.

Соңғы жылдардағы жазылған әдебиеттерге сүйенсек, қала, облыс немесе пациенттердің нақты санаты деңгейінде жүргізілген зерттеулерді табуға болады. Мәселен, 2020 жылы Қазақстандағы диализ пациенттерінің бірыңғай ұлттық электрондық денсаулық сақтау жүйелері базасынан алынған ауқымды деректер негізінде 2014-2018 жылдар аралығында БСА-ның таралуын, аурушаңдығын және өлім-жітім деңгейін эпидемиологиялық зерттеу нәтижелері жарияланған болатын [67].

Бірнеше зерттеушілер жүргізген когорталық зерттеуге тұрақты диализ алатын 9310 пациент қатысқан. БСА-ның соңғы сатысында қолдау көрсететін диализден өткен барлық пациенттердің 44-ы әйелдер, 56%-ы ер адамдар болған. Пациенттердің 98,7%-ы гемодиализ және 1,3%-ы перитонеальді диализ алған. Пациенттердің 63%-ы қазақтар, 18%-ы орыстар және 19%-ы басқа ұлт өкілдерін құрады. 2014 жылы таралу, сырқаттану және өлім - жітім сәйкесінше 100000

тұрғынға шаққанда 97,9%, 66,3% және 25,8% құрады, ал 2018 жылы көрсеткіштер сәйкесінше 100000 тұрғынға шаққанда 336,1%, 96,3% және 18,9%-ға айтарлықтай өзгерген. Бұл деректер уақыт өте келе бүйректі алмастыратын терапияны қажет ететін соңғы сатыдағы БСА-ның таралуы мен жиілігінің айтарлықтай өсуін, сондай-ақ 2014-2018 жылдар аралығында өлім-жітімнің 23%-ға төмендеуін бағалауға мүмкіндік береді [68,69].

Астана қаласының Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы берген статистикалық көрсеткіштер мен жоғарыда айтылып өткен мәліметтерді ала, гемодиализ алатын пациенттердің өмір сүру индикаторы 5-кестеде 2020 мен 2021 жылдар аралығында салыстырмалы көрсетілген.

Уақыты	Барлық науқастар саны	Гемодиализ рәсімдерін алу ұзақтығы (жылдар)		
		1 жылға дейін	1 – 2	3 - 4
2021ж.	1151	129	667	355
2020ж.	1189	198	675	316

5-кесте - Гемодиализ процедураларын алғаннан кейінгі өмір сүру ұзақтығы бойынша 2020-2021жж.

Гемодиализ басталуынан кейін 2021 жылғы орташа өмір сүру ұзақтығы: бір жылға дейін – 12%, 1-2 жыл – 58%, 3-4 жыл ішінде – 30%, 2020 жылғы гемодиализ басталуынан кейін: бір жылға дейін – 17%, 1-2 жыл – 57%, 3-4 жыл ішінде – 27% құрады. 2021 жылғы көрсеткіш 2020 жылмен салыстырғанда өмір сүрудің шамалы өсуі байқалды.

Ақпараттық жүйеге сәйкес, 2021 жылы қайтыс болған науқастардың саны – 106, жалпы өлім-жітім көрсеткіші 2021 жылы – 14%, 2020 жылы – 8%, 2019 жылы – 9% құраған.

2021 жылы 1 жыл ішінде өлім-жітім – 4%, нысаналы деңгей деңгейінде, 2020 жылы қолайсыз эпидемиялық жағдайға байланысты 21%-ға дейін өсті. 2019 жылы (Covid-19 пандемиясы) – 17% құрады, динамикада бұл көрсеткіштің 17-ден 4% - ға дейін төмендеуі байқалады.

2021 жылы гемодиализге халықтың орташа жылдық өсімі 6%-ға; 2020 жылы – 15%-ға; 2019 жылы – 17%-ды құрады. Динамикада 2019-2021 жылдардан бастап орташа жылдық өсімнің 17%-ден 6%-ға дейін төмендеуі байқалады. 2021 жылы бүйрек трансплантациясы жүргізілді – 25, 2020 жылы – 14 пациент, 2019 жылы – 30 пациент.

## 2 ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ ЖӘНЕ МАТЕРИАЛДАРЫ

Магистрлік жұмыс бойынша міндеттерді шешу үшін зерттеу бағдарламасын әзірледік, оның ішінде (3-кесте): отандық және шетелдік әдебиет көздеріне талдау жасау; БСА ауруы бар пациенттер арасындағы медициналық көмек сапасы мен прогрессия қарқынын анықтау және бағалау; материал жинау және зерделеу (амбулаторлық карталар, сауалнамалар); зерттеу нәтижелерін талдау қорытындыларды тұжырымдау; ұсыныс әзірлеу кіреді.

6 кесте – Ғылыми зерттеудің бағдарламасы

Зерттеу міндеттері	Зерттеу материалдары	Зерттеу әдістері	Зерттеу көлемі
«БСА анықтау мен алдын алу, медициналық көмек тиімділігі мен сапасы» мәселесі бойынша шетелдік және отандық ынталандыру жүйесін, рейтингтік бағалау моделін зерделеу.	ДДҰ саясатының құжаттары; Қызмет қызметінің нормативтік-құқықтық құжаттары; Отандық және шетелдік авторлардың зерттеулері мен диссертациялары. Cochrane Library, PubMed, Medline Complete дерекқорларындағы соңғы 5 жылда жарияланған мақалалар	Сипаттамалық	Отандық және шетелдік 72 әдебиеттер көздері
АМСК деңгейінде Астана қаласы бойынша БСА бар пациенттерге медициналық көмек көрсету сапасын зерделеу	79 пациенттің амбулаторлық карталары	Дескриптивті, Статистикалық	2021 жылғы бағдарламалық гемодиализге алғаш алынған Астана қаласының 79 пациенттің картасы
Нефропротективтік терапия қабылдайтын пациенттер арасында БСА прогрессия қарқынын бағалау	Тәуелсіз сарапшы сараптамасы	Дескриптивті, Статистикалық	АМСК деңгейінде жүргізілген БСА 4-5 сатыдағы 15 пациенттің картасы
Рейтингтік бағалау моделін және дәрігерлерді ынталандыру жүйесін әзірлеу	АМСК дәрігерлер арасындағы сауалнама, Зерттеу нәтижелері	Кросс-секционды, Сауалнама, Статистикалық	Қалалық емханаларында жұмыс жасайтын дәрігерлер (54 респондент), БСА ауруын алдын алу бойынша



			ұсынымдар
--	--	--	-----------

Бағдарламаға сәйкес зерттеу кезең-кезеңімен жүргізілді. Зерттеудің бірінші кезеңінде бүйрек созылмалы ауруы, оның таралуы мен дамуына әсер ететін факторлар тізбегі, ауруды алдын алу, медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлердің рөлі, оның ішінде ынталандыру, рейтингілік бағалау туралы шет елдік және отандық әдебиеттер деректері талданды, ресми статистикалық есеп деректері, нормативтік және заңнамалық құжаттар зерттелді. Ол үшін Medline, Pubmed, Cochrane Library және т.б деректер қорынан ғылыми мақалалар, диссертациялар іздестірілді.

Зерттеудің екінші кезеңінде гемодиализге алғаш алынған 79 пациенттің амбулаторлық карталары, олардың аурудың пайда болуы мен дамуын бағалау, статистикалық проспективі зерттей отырып, салыстырмалы түрде жазылды. Сонымен қатар, бірнеше нефрологиялық комиссия хаттамалары, сараптамалық қорытындыларды ескере отырып нәтижелік көрсеткіштерді анықталды.

Қалалық емханаларда жұмыс істейтін МСАК дәрігерлері арасында сауалнама сұрақтары әзірленді. Сауалнама жалы 21 сұрақтарды қамтиды, оның ішінде: олардың әлеуметтік дәрежелері (жұмыс өтілімі, біліктілігі), бүйрек созылмалы ауруы бойынша білімі, жұмысқа деген ынта бойынша жауаптары. Құрылымы бойынша сауалнама 3 блоктардан тұрады: жалпы мәліметтер, БСА біліктілігі және ынталандыру деңгейі.

Зерттеу 01.09.2022-01.12.2022 жыл аралығында болды. Зерттеу нысандары қалалық емханадағы жұмыс істейтін дәрігерлер болды. Бұл дескриптивті, кросс-секционды зерттеу дәрігерлер мен пациенттердің амбулаторлық карталардағы деректерге сәйкесінше жүргізілді.

1. Дескриптивті зерттеу - мақсаты тек айнымалылардың таралуын сипаттау болып табылатын, бірақ себеп-салдарлы немесе басқа гипотеза түрлерін алға тартпаған зерттеу.

2.Бақылау кросс-секционды зерттеу - медициналық зерттеулерде, әлеуметтік ғылымдарда және биологиядағы көлденең зерттеу - бұл популяцияның деректерін немесе белгілі бір уақытта, яғни көлденең деректерді талдайтын бақылаушылық зерттеу түрі.

Дәрігерлерге арналған сауалнама Google Forms көмегімен қашықтықтан жазбаша түрде жүргізілді. Сұрақтардың жалпы саны 21 болды. Сауалнама 3 блоктардан тұрады: жалпы мәліметтер, БСА біліктілігі және ынталандыру деңгейі. Жиналған сауалнамалар Excel бағдарламасында біртекті белгілері бойынша шифрланып талданды.

Магистрлік жұмыста алынған мәліметтерді өңдеуде және талдауда заманауи статистикалық әдістер қолданылды. Жалпы қабылданған статистикалық әдіс бойынша интенсивтілік көрсеткіштері (зерттелетін құбылыс санының қоршаған орта санына қатынасы), экстенсивтілік (бөліктің бүтінге қатынасы немесе бүтіннің бөліктерге бөлінуі), орташа мәндер (вариациялық

катарларды өңдеу кезінде) және олардың репрезентативтілік қателері (алынған орташа мәндердің сенімділігін анықтау үшін) есептелді.

Зерттеу барысында үздіксіз іріктеме әдісі SPSS 26. бағдарламасында жүзеге асырылды. Репрезентативтілік қателігін анықтау мына формула бойынша жүзеге асырылады:

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

P – индекс, % -пен көрсетілен,

q=100-p,

n – бақылаулар саны.

Қалыпты таралудағы сандық деректерді сипаттайтын статистикалық талдау үшін орташа арифметикалық мағына (M), стандартты ауытқу ( $\pm SD$ ) немесе стандартты қате ( $\pm SE$ ) пайдаланылды; 95% сенімділік интервалы (95% CI); сипаттамалық талдау үшін – көлденең талдауы. Нәтижелерді графикалық көрсету үшін бағаналық диаграммалар (bars) және қателер бағандары (error columns) пайдаланылды. Қалыптыдан басқа таралумен сандық деректерді сипаттайтын статистикалық талдау үшін медианалар (Me) және кватильаралық диапазон (Q1-Q3), аналитикалық талдау үшін параметрлік емес әдістер қолданылды. Графикалық түрде нәтижелер қорапшалар түрінде берілген.

Сандық мәліметтердің таралу түрін Колмогоров-Смирнов (егер бақылаулар саны 50-ден көп болса) және Шапиро-Уилк (егер бақылаулар саны 50-ден аз болса) критерийлері анықтады. Нөлдік гипотеза – таралу түрі қалыптыдан ерекшеленбейді, егер маңыздылық деңгейі 0,05-тен төмен болса ( $p < 0,05$ ), таралу қалыптылығы туралы нөлдік гипотеза жоққа шығарылады. Сондықтан статистикалық маңыздылық деңгейін анықтауда қалыпты үлестіруді тескеру қолданылды. Зерттелетін көрсеткіштер эксцесс шама коэффициенті, асимметрия коэффициенті мен гистограмма бір біріне қатыснасы болып табылады. Егер қол жеткізілген статистикалық маңыздылық деңгейі сыни деңгейден төмен болса ( $p < 0,05$ ), таралу қалыптан өзгеше еместегі қабылданбайды.

Алынған нәтижелерді әзірлеу және қорытындылау MS Excel бағдарламасындағы мәліметтер базасы негізінде жүзеге асырылды, ал өңдеу SPSS бағдарламасының нұсқасы арқылы жүзеге асырылды. Статистикалық өңдеуден кейін MS Office пакетін қолдану арқылы алынған барлық мәліметтер кестелерге, графиктерге және суреттерге аударылды, бұл олардың ақпараттық мазмұнын айтарлықтай арттырды және материалды қабылдауды жеңілдетті.

### 3 БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРГЕ КӨМЕК КӨРСЕТУ МЕН ДӘРІГЕРЛЕРДІ ҒЫҒАЛАНДЫРУДАҒЫ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Созылмалы бүйрек ауруы бүкіл әлемде өлімнің жетекші инфекциялық емес себептерінің және ХХІ ғасырдағы денсаулық сақтау саласына қарсы қойылған қиындықтың бірі, өйткені ол таралуының жоғарылауымен мен жалпы өлімге теріс әсер ету сипаттына ие. Уақыт өте келе бұл адамдардың санының артуына тікелей қатысты әсер етіп, өлімнің әртүрлі жаһандық себептері арасында өз маңызын одан әрі арттырады деп болжауда.

Сол себепті де, әлеуметтік, экономикалық, медициналық маңызы бар ауруды алдын алу мен жоғары сапалы деңгейде көмек көрсету үшін уақытылы жасалу тиіс әрекеттер маңызды болып табылады. Алғашқы сатысы – ерте диагностикалау.

БСА пайда болуы себебі мен бар науқастардың өлім қауіп факторлары – қант диабеті, АГ (жүрек-қан тамыр аурулары), гиперфосфатемия, семіздік, кәрілік, гиперурикемия, тамыр қабырғасының кальцинациясы және т.б. болып табылады [68].

БСА диагностикасының күрделі еместігіне қарамастан, қазіргі заманғы терапевтік көмектің негізгі мәселелерінің бірі оның ерте сатысында анықталуының төмендігі болып табылады, кейбір медициналық деректер бойынша 96,6%-ға жетеді [69]. Аурудың ағымының белгілік сипаты көп жағдайда оны кеш анықтауға ықпал етеді.

Ауруды кеш анықтаудың негізгі себептерін келесідей:

- 1-3А сатысында БСА-ның клиникалық көріністері болмауы немесе тапшылығы;

- Альбуминурия немесе альбумин-креатинин индексін денсаулық сақтаудың бастапқы буыны мен мамандандырылған медициналық көмек деңгейінде тіркеу бөлігіндегі материалдық-техникалық проблемалар;

- БСА-ның ерте диагностикалау маңыздылығында МСАК дәрігерлерінде сақтықтың болмауы;

- Құқықтық-нормативтік нормаларға сәйкес амбулаториялық-емханалық қызметті нефролог дәрігерлермен жеткіліксіз қамтамасыз етілуі;

- Халықтың аурудың себептері мен қауіп факторлары жайлы, сондай-ақ БСА ерте анықтау әдістері туралы хабардарлығының төмендігі.

Бірақ, ең маңызды фактор - ШСЖ деңгейі, яғни көрсеткіш неғұрлым төмен болса, өлім қауіпі соғұрлым жоғары [66]. Жағдайдың парадоксалдылығы, бір қарағанда, БСА дамыған сайын науқастың бүйрек алмастыру терапиясын жүргізу қажеттілігі сатысына дейін өмір сүргеннен гөрі жүрек-қан тамырлары ауруының асқынуларынан өлу мүмкіндігі әлдеқайда жоғары [70].

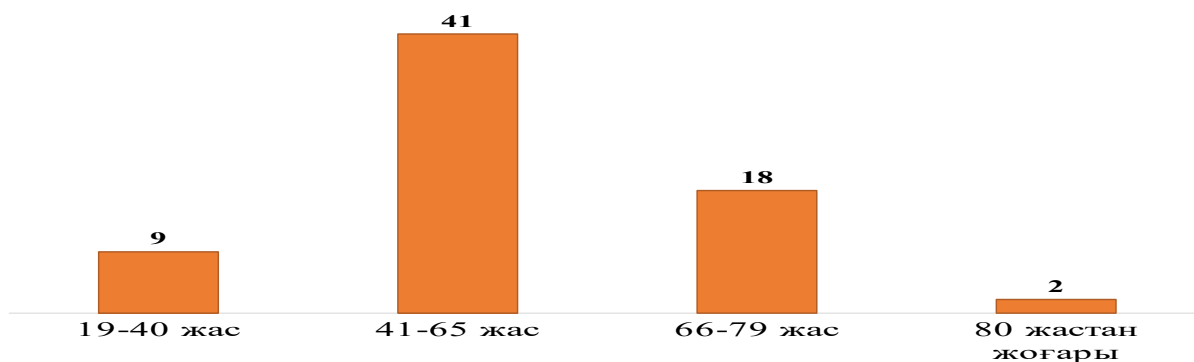
Жоғары айтылғандарды ескере отырып, зерттеудің бекітілген міндеттерін шешу үшін жеке деректер бөлімінен, сауалнамадан (21 сұрақтан), клиникалық деректер блогынан (клиникалық және зертханалық деректер, аспаптық зерттеулер деректері), нефролог-сарапшының қорытындысынан тұратын ақпараттар сараланды.

Жасалған сауалнама фрагменттерінің сыртқы негізділігі, сондай-ақ олардың сенімділігі-тұрақтылығын бағалау жалпы 79 пациенттің медициналық карталары мен МСАК дәрігер-мамандарды сұрастыру барысында расталды.

Медициналық жазбаларға сәйкес, бағдарламалық гемодиализ тағайындылаған науқастардың бүйрек қызметі мен алған медициналық көмек сапасы бағаланды. Бұл параметр гломерулярлық фильтрация жылдамдығын зерттеу арқылы бағаланды. Гломерулярлық фильтрация жылдамдығын есептеу кезінде науқастың жынысы, жасы, дене салмағы, бойы, қан сарысуындағы креатинин деңгейі ескерілді. Бүйрек қызметінің төмендеуінің критерийі 90 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> төмен деңгейі болды. Гломерулярлық фильтрация жылдамдығы 60-89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> төмен болған жағдайда, бүйректің созылмалы ауруын көрсетеді (бүйрек зақымдану белгілері жоқ).

Зерттеудің кезеңінде 2021 жылы әртүрлі патологиялармен гемодиализге алғаш алынған және тәуелсіз сараптама құжаттарын талдай отырып келесідей тұжырымдамаларды дәлелдеді.

БСА бар гемодиализге алғаш алынған науқастардың жасы (n=79) 19-ден 83 жасқа дейін, орташа жасы  $52 \pm 2,4$  жасты құрады. Жас ерекшеліктерін талдау нәтижелері бойынша (1-сурет) зерттелген контингенттің ішінде 50 жастан асқан пациенттер басым болды – 82,2% (n=65) және 41-65 жас аралығы – 58,2% (n=46). 2-суретте көрсетілгендей, 41-65 жас аралығындағы БСА-мен ауыратын 46 науқас (58,2%) және 10 адам. (12,7%) – 40 жасқа дейінгілер. Яғни, басым көпшілігі орта және егде жастағы науқастар.



1-сурет - БСА бар тексерілген пациенттердің (n=79) жас ерекшеліктері

Мәселен, тексерілген науқастар арасында бағдарламалық гемодиализге алу басым бөлігінде жоспарлы түрде стационарлық көмек алып шыққаннан кейін қойылған – 33 (41,8%), одан кейін өзге аурулармен дәгігерлер бақылауында – 27 (34,1%) және 16 (20,3%) пациент қаралмаған. Ал, 3 пациент (3,8%)

профилактикалық тексеру (скрининг) кезінде диагноз анықталған. 2-суретте көрсетілген.



2-сурет - Науқастар арасында диагноз анықтау мен қою құрылымы

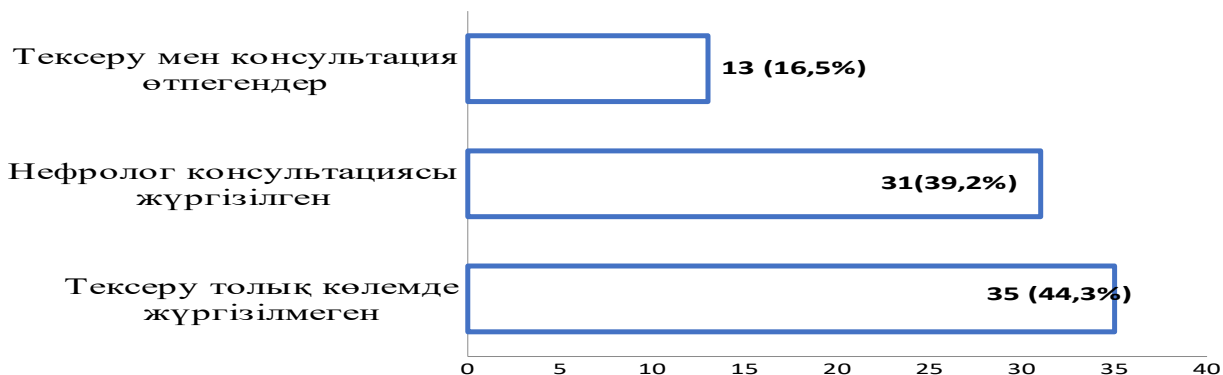
Созылмалы бүйрек ауруы бар тексерілген науқастардың 92,7%-да себепші немесе ілеспелі қатар жүретін аурулардың болуы анықталды, ең жоғары жиілік көрсеткіш - АГ (43,5%), қант диабеті (23,4%), созылмалы бүйрек ауруы анемиямен (13,8%) және өзге аурулар (12,8%). Себепші-ілеспе ауруларды талдау барысында АГ өзге аурулар арасында 72 (43,5%) ( $p>0,05$ ) жоғары екендігі анықталды.

Аурудың атауы	Абс.	%
Қант диабеті (E10- E11)	39	23,4
Артериалық гипертензия (I10- I15)	72	43,5
Прогрессивті гломерулярлық аурулар (N00-N08)	11	6,7
Созылмалы бүйрек ауруы, анемиямен (N18)	23	13,8
Дәнекер тіннің жүйелік зақымдануы (M32)	2	1,2
Атеросклероз (I70)	2	1,2
Басқалар	17	10,2

7-кесте - БСА бар пациенттердегі ілеспе аурулар (n=79) құрылымы

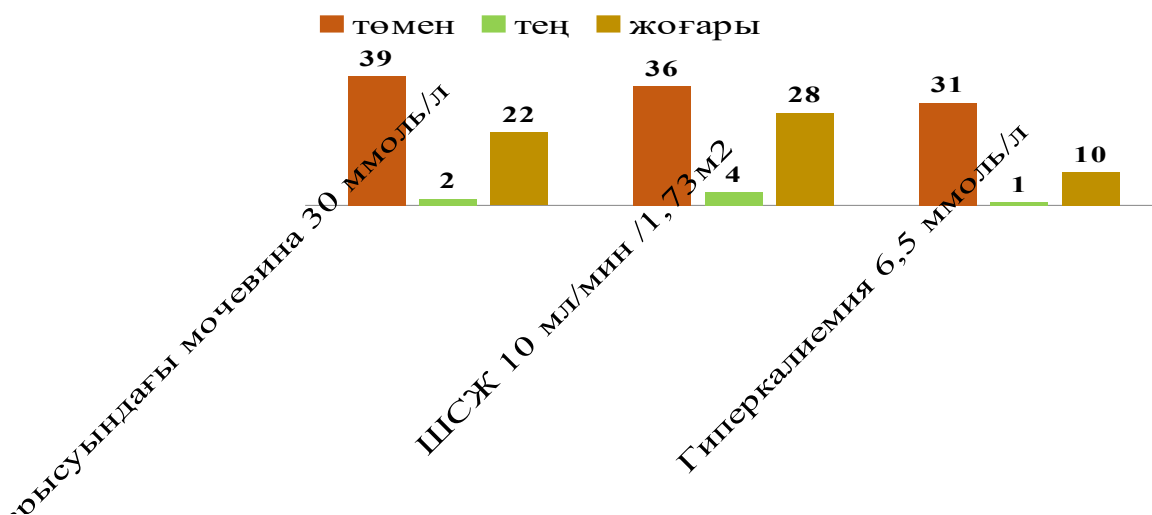
Назар аударар негізгі көрсеткіш, алғаш гемодиализге алынған пациенттердің МСАК деңгейінде алғашқы жүгінген кезде ерте диагностиканы ұйымдастыру мониторингі кезінде барлық пациент стационарға бағытталған. Тексеру толық көлемде белгіленген мерзімдер аяқталмаған – 35 (44,3%), нефролог дәрігердің консультациясын көрсетілген мерзімде өтелді – 31 (39,2%),

нефролог дәрігердің тексеру мен консультациясын өтепеген пациенттер – 13 (16,5%). Бұл жерде пациенттер арасында нефролог дәрігердің уақытылы және сапалы көмек көрсету барсында тексеру толық көлемде жүргізілмегеннің басымдылығы анықталды. 3-суретке қарасаңыз.



3-сурет - МСАК деңгейінде ерте диагностикалауды ұйымдастыру бойынша құрылымы

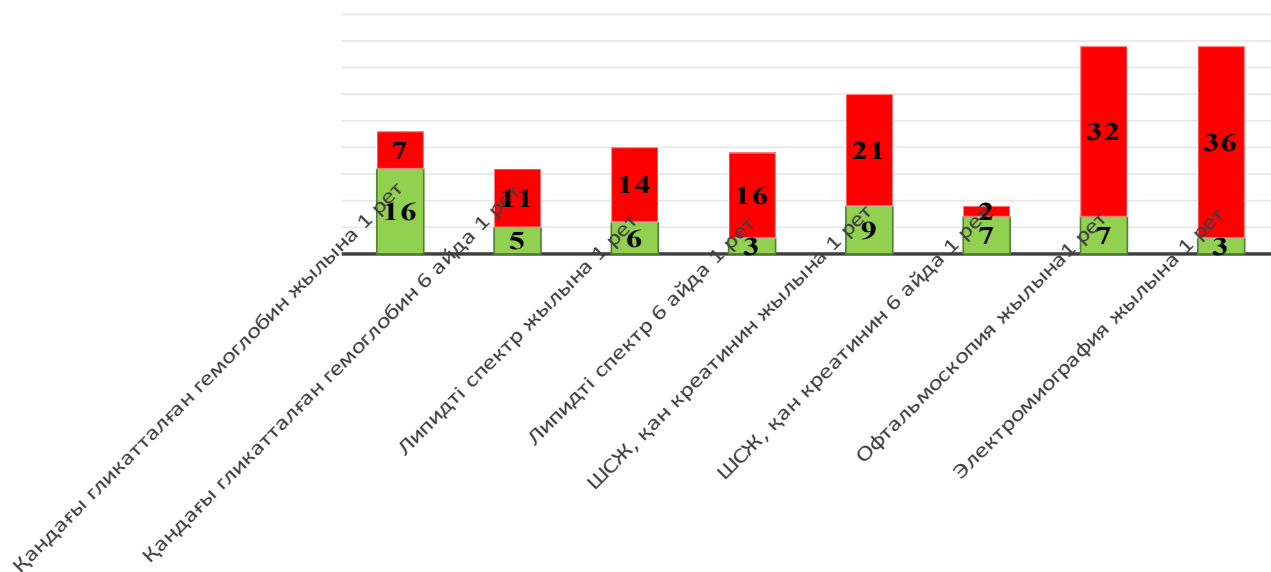
Пациенттер арасында бүйрек алмастыру терапиясы үшін іріктеу критерийлері (көрсеткіштердің біреуінің болуы), мультидисциплинарлық топтан (МДТ) алынған деректерге сәйкес 4-суретте көрсетілгендей Медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссия Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2021 жылғы 23 желтоқсандағы «Ересектердегі созылмалы бүйрек ауруы» № 154 хаттама сәйкес негізсіз бағдарламалық гемодиализге алынғанын көрсетті.



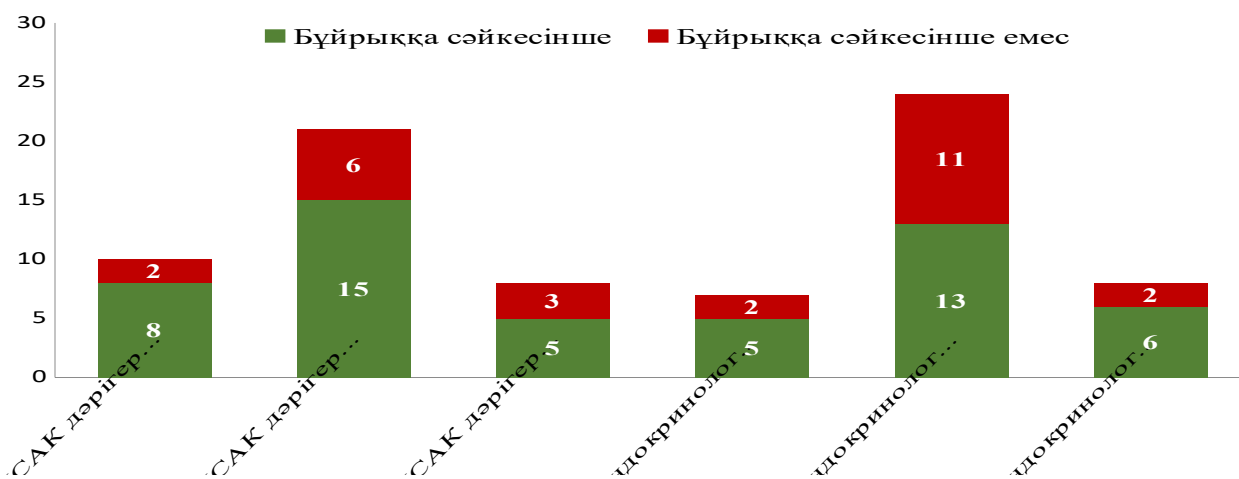
4-сурет - Пациенттердің диагностикалық көрсеткіштер құрылымы

Сонымен қатар, қант диабеті бар 39 пациенттер арасында ҚР ДСМ №114 бұйрығы, стандарт пен хаттамаға негізінде жүргізу керек бір қатар диагностикалық зерттеу толық емес көлемде жүргізілген. 5-суретке қарасаңыз,

қандағы гликатталған гемоглобинді, липидті спектрді, ШСЖ мен қан креатинин көрсеткіштері, офтальмоскопия мен электромиография толық және уақытылы емес тексерулер – 139 жағдай, бұл жалпы тексерудің 71,3%-ын, толық тексеру – 56 құрады. Медициналық мамандардан (орта медицина қызметкер, МСАК дәрігер, эндокринолог) алу тиіс кеңестердің жалпы көрсеткішін 6-суретте қарасаңыз. Дәрігерлер консультациясын уақытылы, стандартқа сәйкес жүргізу алдыңғы көрсеткіштен жоғары – 78 (60,7%) және келмеу жағдайлары – 46 (39,3%).



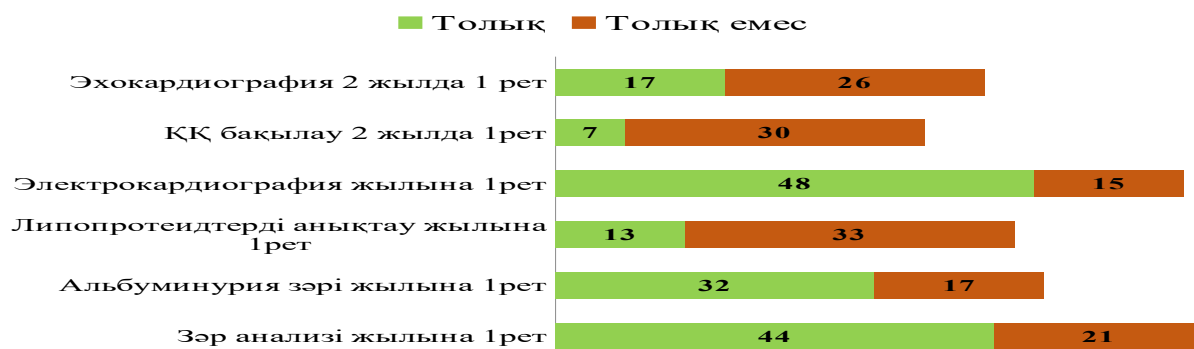
5-сурет - ҚД бар пациенттердің амбулаторлық картаға сәйкес диагностикалық құрылымы



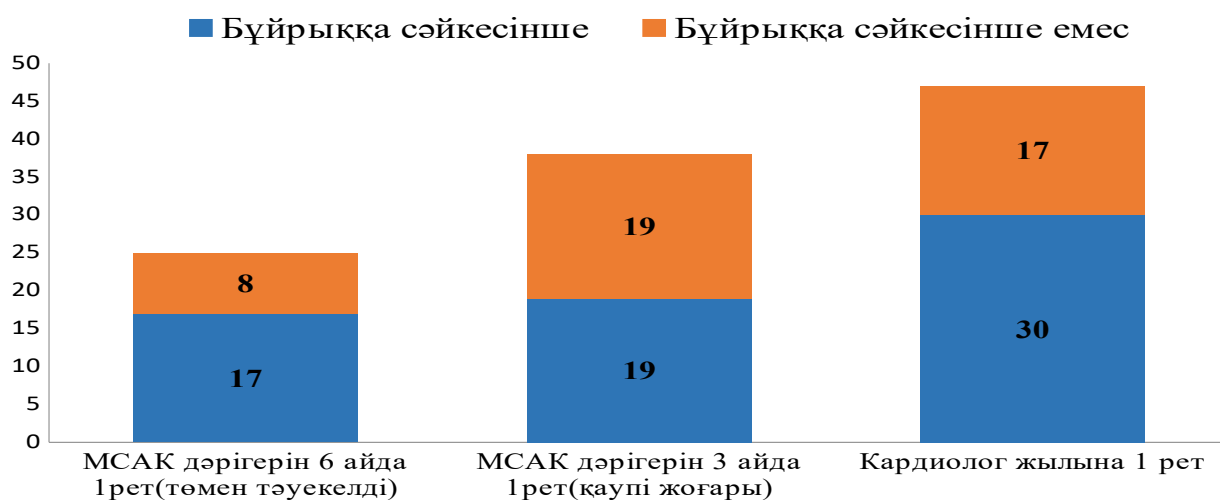
6-сурет - ДСМ бұйрығы, хаттама және стандартқа негізінде ҚД маман тексеру мен қаралу құрылымы

БСА бар пациенттердің арасында АГ ауруы анықталған 72 пациентке бұйрық, стандарт пен хаттамаға сәйкесінше жүргізілуі тиіс диагностикалық

тексерулер мен консультациялар толық емес көлемде жасалған. Оны 7 мен 8-суреттен бақылауға болады. Толық емес диагностикалық зерттеулер – 142 (46,9%), толық зерттеулер – 161 (53,1%). Медициналық мамандарда жүргізілген 79 (50,9%) және жүргізілмеген 76 тексерулерге тең (49,1%).



7-сурет - АГ бар пациенттерге жүргізілу тиіс диагностика құрылымы



8-сурет - ДСМ бұйрығы, хаттама және стандартқа негізінде ҚД ауруы бар науқастарды маман тексеру мен қаралу құрылымы

Жоғары көрсетілгендей, себепші-ілеспе аурулар ішінде 66,7%-ды көрсеткен, әлеуметтік маңызы бар ҚД мен АГ мысал ретінде талдау жасалды. МСАК деңгейінде БСА бар пациенттерге гемодиализ алу барысында қаншалықты тиімді, сапалы және уақытылы медициналық көмек көрсетілетінін келесі тармақтар дәлелдейді.

Амбулаторлық карталар арасында 9 (11,4%) пациенттің № 22/у «Диализ картасы» нысаны толық көлемде қалыптастырылмаған, қалыптаспаған емделген жағдайлар бар, 26 (32,9%) амбулаторлық карталарда пациенттің ақпараттандырылған келісімі жоқ.



Осылайша, «Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 14 қазандағы № ҚР ДСМ-114 бұйрығынан амбулаториялық ГД бір рәсімінің құрылымдық құрамымен өткізілген сеанстар саны бойынша шығыстардың ауытқулары байқалған.

Қазақстан Республикасы 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің маңызды принципі – емдеу-диагностикалық іс-шаралардың, қызмет көрсетудің денсаулық сақтау саласындағы стандарттардан, қағидалардан/клиникалық хаттамалардан негізсіз ауытқуы және «Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қазандағы №ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына сәйкес медициналық құжаттаманы ресімдеудегі ақаулар бар.

Барлық бұзушылықтарды, стандарт пен бұйрықтық талаптарды ескере отырып, олардың медициналық қызмет сапасы мен тиімділігіне тікелей және маңызды рөл атқаратындығын жоққа шығара мүмкін емес.

Диализге алғаш алынған 10 пациенттің медициналық карталарына жасалған тәуелсіз сарапшы қорытындыларын талдау барысында келесідей бұзушылықтар, пациенттердің негізсіз бағдарламалық гемодиализге алуын дәлелдеді. 10 медициналық карта талдау барысында, мәліметті толық емес толтыру – 5, клиникалық-диагностикалық зерттеу жасалмаған – 3, МСАК деңгейінді уақытылы көмек көрсетілмеген – 3, денсаулық көрсеткіштерін анықтамау – 3, тиісті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету – 3, медициналық карта бұрыс толтыру – 6, комиссия қорытынды жарамсыз – 7. 10-суретте.



10-сурет - Сараптама нәтижелері бойынша бұзушылықтар құрылымы

Тәуелсіз сарапшы жүргізген сараптама нәтижелерінен алынған мысал: «С. есімді науқас картасын талдау барысында анықталды: науқас жайлы деректер

толық (диагноз, салмақ, анамнез) және нақты көрсетілмеген, сондықтан ШСЖ тексеру мүмкін емес; Бүйрек қызметі бағаланбай, сынамалар жүргізілмеген. Онымен қоса, нефрологтың кеңесі жоқ және диагностикалық тексерулер толық көлемде жүргізілмеген. Емдеуде анемияны емдеу жоқ (темір препараттары, эпоэтиндер), сорбенттер. Медициналық құжаттаманың бұйрыққа сәйкес дұрыс ресімделмеуі орын алады, бұл медициналық қызметті бағалауды қиындатқан. Осы себептен де, комиссияның қорытындысы заңсыз екенін көрсеткен.»

Зерттеудің келесі кезеңі әртүрлі сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы бар науқастар тобында нефропротективті терапияның тиімділігін бағалау және саралау болды. Жұмыстың талдау бөлімінде нефропротективті терапия БСА дамуы мен прогрессия қауіп факторларының бүйрекке жағылуын минимизациялайтын іс-шаралар кешені екенін атап өткен дұрыс. Сонымен қатар, жүрек-қан тамырлар ауру қаупін төмендетеді. Сол себепті, БСА бар пациенттің 15 амбулаторлық қарталарына сарапшы жүргізген талдау арқылы жүргізілді.

Көптеген зерттеулер бүйрек зақымдануы мен жұмысының бұзылуына оны нефропротективті емдеумен қатар өмір салты тікелей маңыздылықты алады делінген [68]. Сол себепті де, өмір салтын өзгерту және ұстану кезінде пациенттер мен олардың отбасы мүшелерімен үнемі байланысты болу арқылы тәжірибеге енгізу қажет. Талданған медициналық қарталарда пациенттерден жиналған анамнез бен өмір салты жайлы толық емес көрсетілген анықталды. Өкінішке орай, пациенттер бұл шараны толыққанды еленбей және оның орындалмайтынын байқадық.

Осы кезекте, БСА 4-5 сатысындағы пациенттерге медициналық қызмет көрсету барсында келесідей нәтижеге келдік. Науқастар арасында, әсіресе, уақтылы тағайындалған терапиясы бар пациенттер тобында нефропротективті терапия аясында креатинин деңгейінің сенімді төмендеуі байқалды. Сондай-ақ, бастапқы кезеңде, нефропротективті терапияны тағайындағанға дейін және одан кейін, бүйректің қызметі пациенттің жынысына, жасына, дене салмағына, бойына және қан сарысуындағы креатинин деңгейіне сәйкес ШСЖ-ны зерттеу арқылы бағаланған. Бүйрек функциясының төмендеу критерийі индикатордың мәні - 90 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> төмен болуы.

Бұл ретте нефропротективті терапия уақтылы басталмаған пациенттер көрсеткіштердің неғұрлым айқын өзгерістерін атап өту қажет, бұл МСАК деңгейінде дәрігерлердің жауапкершіліктің төмендеуімен расталады. Сонымен қатар, пациенттерде созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі жиі тіркелді. Нефропротективті терапияны жүргізудің тиімділігінің тағы бір көрсеткіші тиісті нефропротективті терапияны тағайындағанға дейін және одан кейін жүргізілген өмір сапасының көрсеткіштерін бағалау болды.

Қазақстан Республикасы 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің маңызды

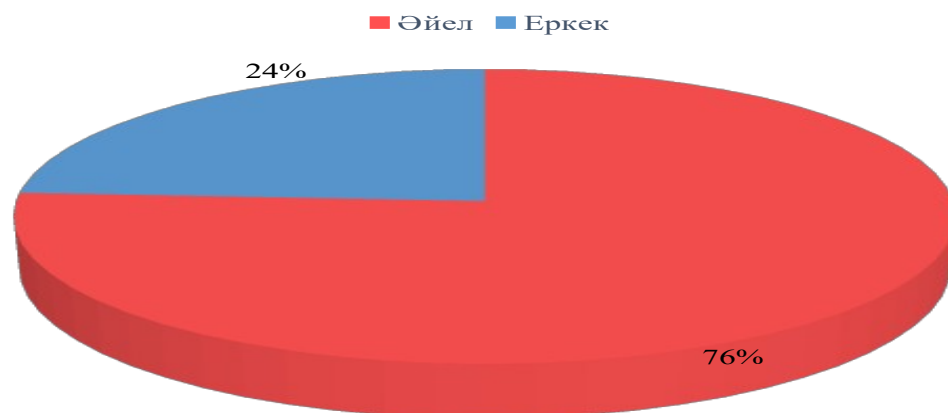
принципі – емдеу-диагностикалық іс-шаралардың, қызмет көрсетудің денсаулық сақтау саласындағы стандарттардан, қағидалардан/клиникалық хаттамалардан негізсіз ауытқуы және «Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қазандағы №ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына сәйкес медициналық құжаттаманы ресімдеудегі ақаулар бар.

Көптеген елдерде нефрологиялық көмек көрсету ресурстары өте төмен деңгейде қалып отыр. Бұл көрсеткіш дамыған елдердің ішінде Италия, Греция және Испанияда ең жоғары, ал Ирландияда, Түркияда және Ұлыбританияда ең төмен болып шыққан [51].

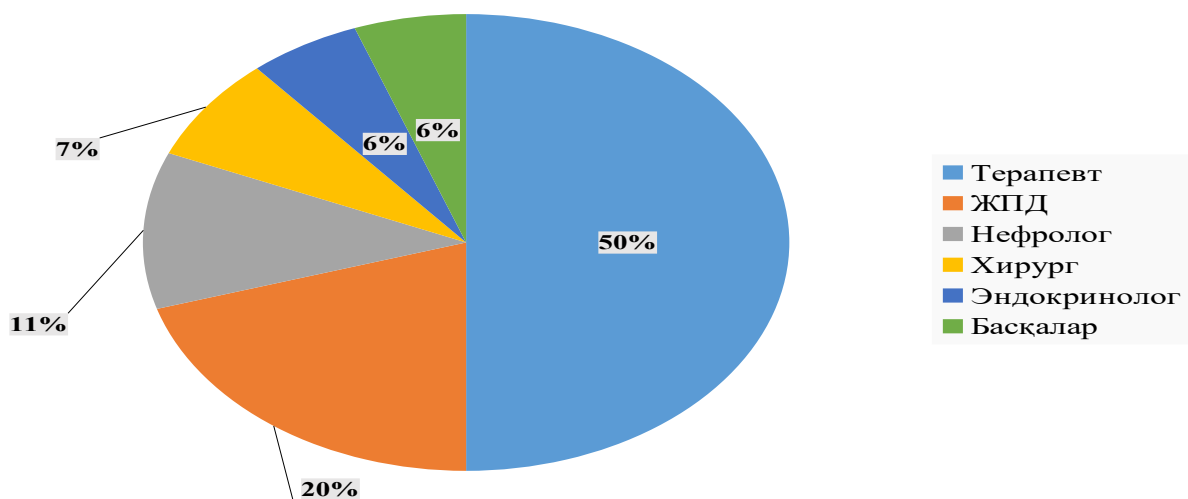
Ақпараттық жүйеге сүйенсек, жалпы ҚР бойынша медициналық көмек көрсету үшін МСАК нефрологтарымен қамтамасыз етілудің төмендігі байқалады, 10 мың тұрғынға шаққанда 0,03. (нефролог дәрігерлердің ең төменгі нормативі 10 мың тұрғынға 0,07) Бұл ретте, нефролог және МСАК мамандары тиімді әрі уақытылы көмек көрсетудің басты кепілі.

Нефрологиялық көмектің сапасын жақсарту және нәтижелі көрсеткіштерге жету үшін МСАК мамандары мен жалпы практика дәрігерлеріне жүргізу хаттамасы берілуге тиіс. Нефрологқа кейінгі жолдама нақты жазылған хаттамалар мен ұсыныстарға сәйкес жүзеге асырылуы тиіс. Сол себепті де, МСАК дәрігерлер арасында жүргізуге анонимді сауалнама жасалды. Сауалнама алудың басты мақсаты – дәрігерлердің өз жұмысына қаншалықты қанағаттанатын, БСА пациенттерді анықтау ынта деңгейін және оларды алдыға итермелейтін мотивация көрсеткіштерін анықтау.

Сауалнамаға Астана қаласының қалалық емханаларында жұмыс жасайтын МСАК деңгейіндегі дәрігерлер қатысты, соған байланысты респонденттердің басым көпшілігі әйел (75,9%) және респонденттің тек 24,1%-ы ғана еркектер құрады. Анонимді сауалнамаға қатысқан 54 респонденттің құрылымы 12 және 13-суретте көрсетілген.

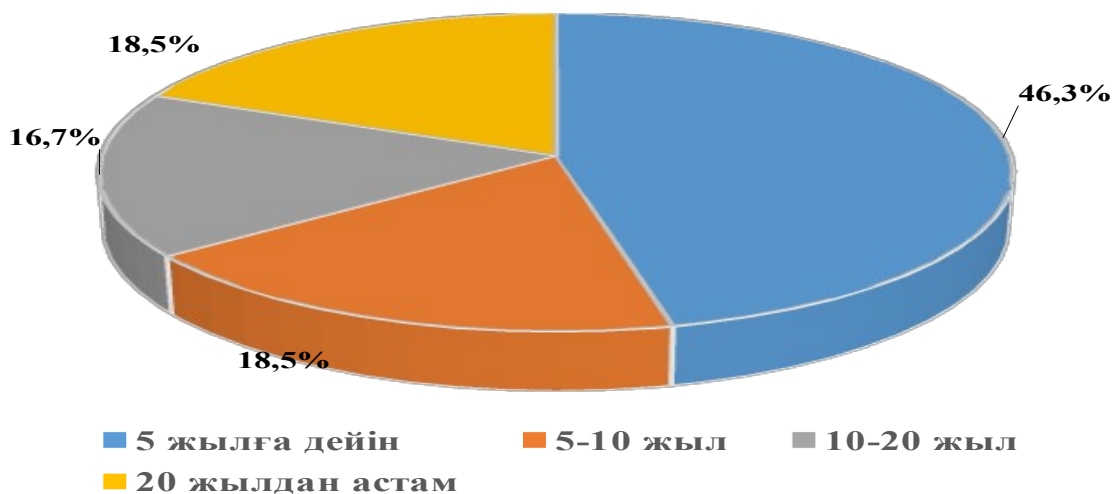


12-сурет - Респонденттердің жынысы бойынша құрылымы



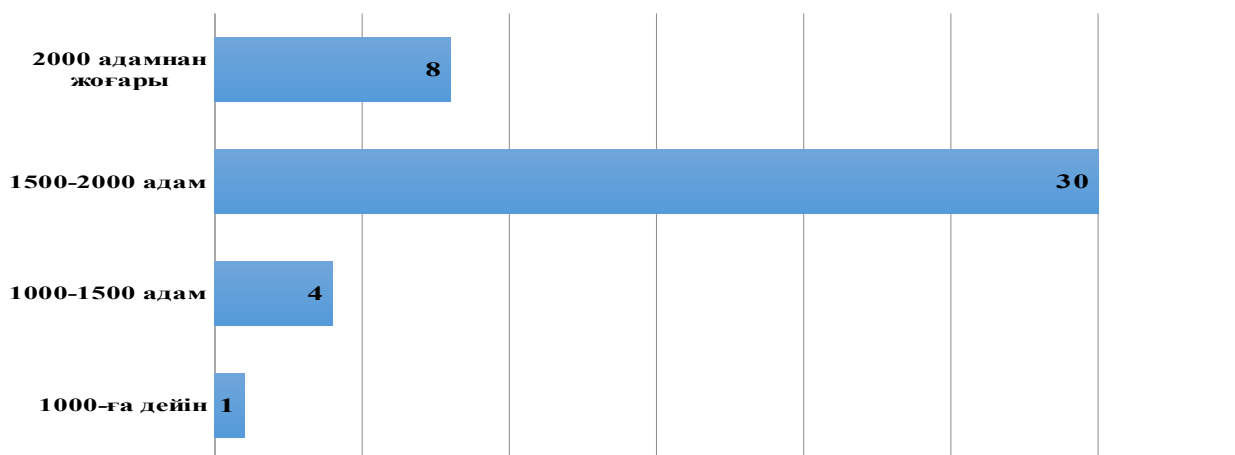
13-сурет - Респонденттердің мамандығы бойынша құрылымы

Зерттеуге қатысқан респонденттердің «Сіз медицина саласында МСАК деңгейінде қанша жыл жұмыс істейсіз? (жұмыс өтілім)» деген сұраққа басым көпшілігі (46,3%) 5 жылға дейін тәжірибе бар деген жауапты тандаған, ал 5 және 10 жыл аралығында жұмыс өтілімі бар дәрігерлер – 18,5%, 10 және 20 жыл аралығын – 16,7%, 20 жылдан астам тәжірибесі бар мамандар 18,5%-ды құрады. 14-суретте.



14-сурет - Респонденттердің жұмыс өтілімі бойынша құрылымы

15-суретте сауалнамаға қатысқан медициналық мамандар ішінде терапевттер мен жалпы практикалық дәрігерлерге арналған «Сіздің учаскенізде халық саны (қамту) қандай? (терапевтік профильдегі дәрігерлер үшін)» сұраққа үштен бірі 69,8% (30 маман) 1500 бен 2000 адам аралығында, 18,6% (8 маман) қамту 2000 адамнан жоғары екендігін, 9,3% (4 маман) 1000-1500 адамдарды қамтып отқанын және 2,3% (1 маман) 1000 дейін деген жауапты белгілеген.



15-сурет - Медициналық мамандар халық санын қамту көрсеткіші

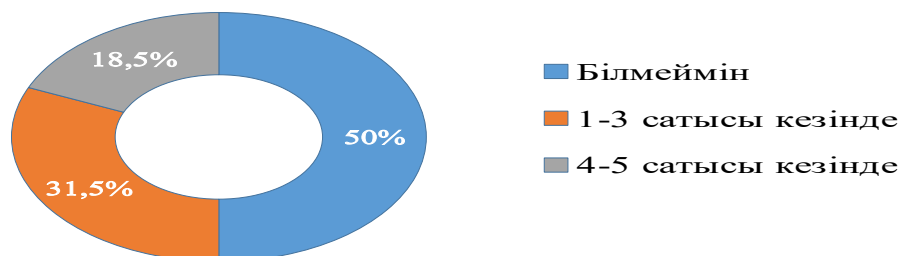
Бір қызығы, барлық респонденттің ішінде 20 (37%) соңғы 5 жыл көлемінде біліктілігін арттырмағанын, ал 34 респондент (63%) өткенін 16-суретте көрсетілген.



16-сурет - Респонденттер арасында біліктілік арттыру бойынша құрылымы

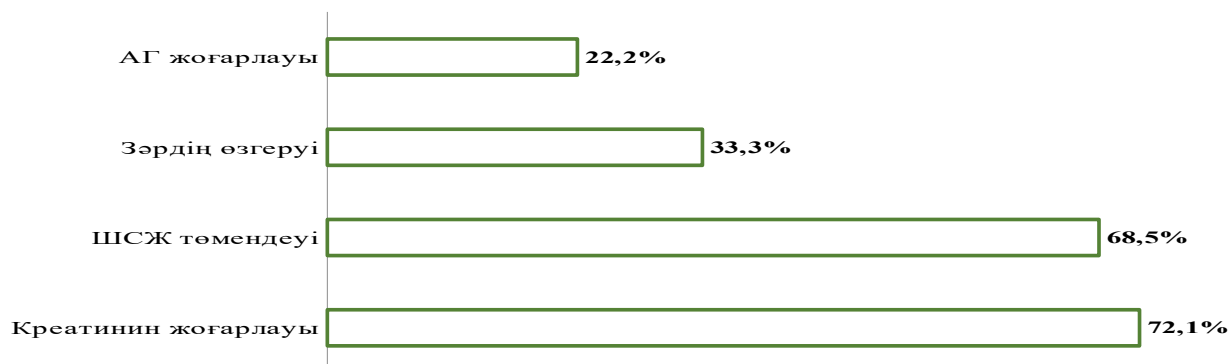
Осылайша, сауалнамалық зерттеуге қатысқан респонденттердің құрамы мен білімі бойынша талдау, респонденттердің арасында еркектерге қарағанда әйелдер көп (75,9%) екендігі, үштен екі бөлігін терапевттер мен жалпы практика дәрігерлері – 38 маман, соның ішінде халық санын қамтудағы басым көпшілігінде (69,8%) 1500 бен 2000 адам аралығында болды. МСАК деңгейінде медициналық мамандардың жұмыс өтілімі басым бөлігі (46,3%) 5 жылға дейін және респонденттердің 3/1 бөлігі соңғы 5 жылда біліктілік арттырмаған (37%) деп жауап берді.

Сауалнама нәтижелері бойынша респонденттердің тең жартысы 50,0% (27 маман) БСА бар науқастарды қай сатыда диспансерлік тіркеуге қоятынын білмейтінін, 1-3 сатысы кезінде жауабын мамандардың 31,5%-ы, 10 маман 4-5 саты кезінде делінген. 17-суретте қарасаңыз.



17-сурет - Респонденттердің ойынша, БСА кезінде диспансерлік тіркеуге қою құрылымы

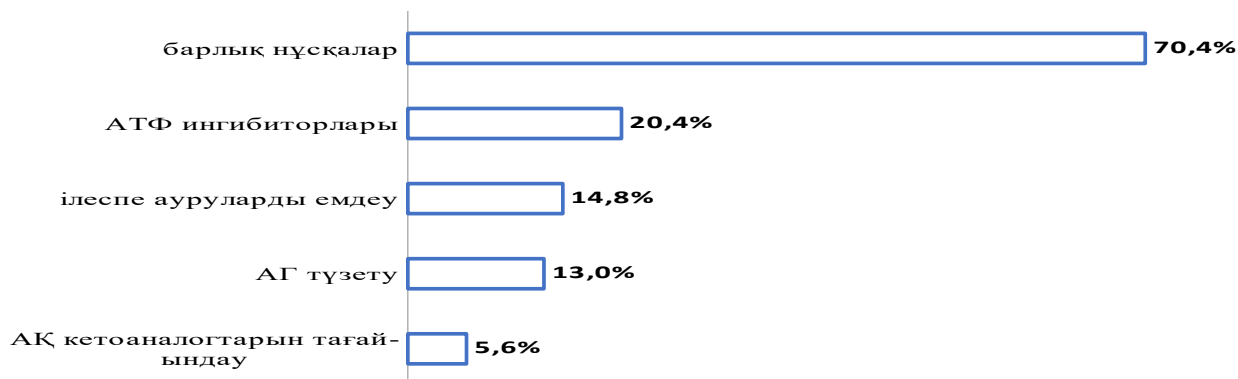
18-суретте респонденттерден сұрау барасында, медициналық мамандар пікірлерін зерделеу кезінде 72,1%-ы нефрологқа жолдаманы беру керек фактілер ішінде «креатинин жоғарлауы» ең маңызды деп санайды, келесі қауіп факторлары болып «ШСЖ-ның төмендеуі» - 68,5%-ы және «зәрдің өзгеруі» - 33,3%-ы, жағымсыз фактор «АГ-ның жоғарлауы» деп 22,2%-ы, ал «барлық жауап дұрыс» варианты тек 3,7%-ы атап өтті. Респонденттердің пікірі бойынша факторлардың құрылымы көрсетілген. Сұрақта бірнеше нұсқаны таңдау мүмкіндігі болатын.



18-сурет - Респонденттердің пікірінше, нефрологқа жолдама беруге әсер ететін қауіп факторлары

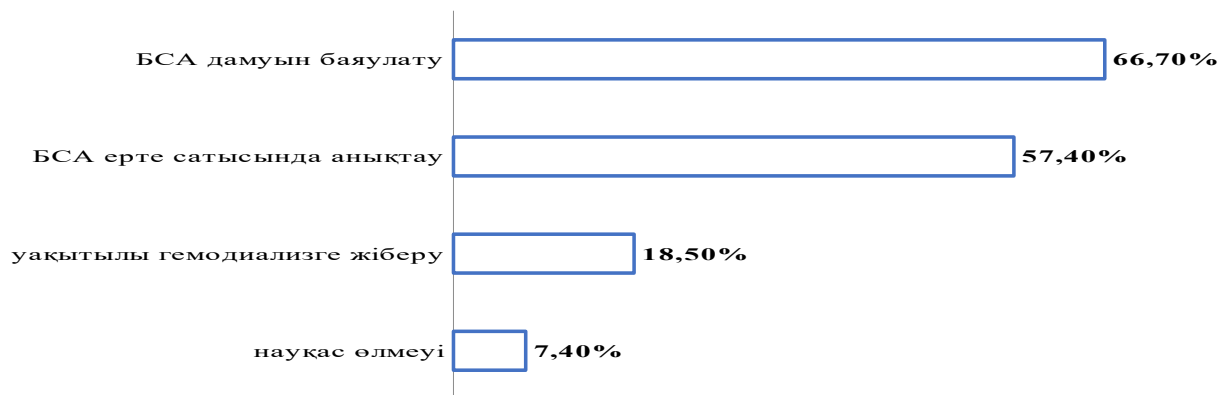
Респонденттердің ойынша, нефропротективті терапия құрамына келесідей көрсеткіштер кіреді деген жауаптарды таңдады, «АГ, ГД түзету» нұсқасын 13,0%-ы, «АТФ (ангиотензин түрлендіретін фермент) ингибиторлар» қолдану нұсқасын дұрыс деп 20,4%-ы, ілеспе ауруларды емдеу нұсқасын 14,8%-ы белгілесе, 5,6% маман ғана «аминоқышқылдардың кетоаналогтарын тағайындау» көрсеткен. Барлық нұсқаны дұрыс ретінде респонденттердің

70,4%-ы белгілегенін 19-шы суретте. Сұрақта бірнеше нұсқаны таңдауға мүмкіндігі бар.



19-сурет - Респонденттердің ойынша, нефропротективті терапияға кіретін көрсеткіштер

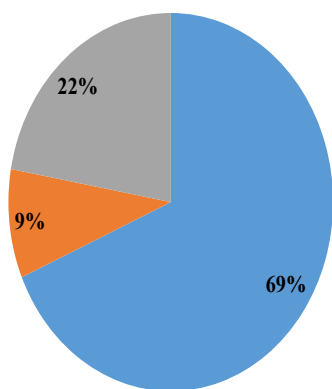
Сауалнамаға қатысқан медициналық мамандарға «БСА бар науқастарды диспансерлеудің мақсаты қандай?» деген бірнеше нұсқаны таңдау құқығы бар сұраққа, басым бөлігі 66,7% БСА-ның дамуын баяулату нұсқасын, БСА-ны ерте сатысында анықтау деп санайтындар – 57,4%, 18,5%-ы гемодиализге уақытылы жіберу керек десе, 7,4% маман негізгі мақсаты науқастың өлмеуі делінген. 20 суретте.



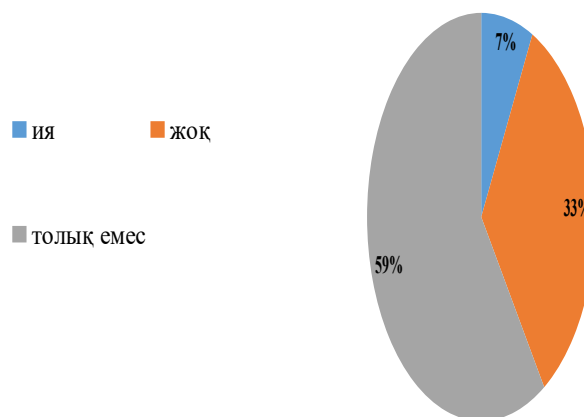
20-сурет - Респонденттердің ойынша, науқастарды диспансерлеудің мақсаты

Зерттеуге қатысқан респонденттердің басым бөлігі 68,5%-ы өз жұмысын қызық деп санаса, 22,2%-ы медициналық мамандар өз жұмысымен толық қанағаттанбайтынын және 9,3%-ы қызықтырмайтынын белгілеген. Респонденттердің (32 маман) 59,3%-ы дәрігердің жұмысы лайықты бағаланбайды, 33,3%-ы (18 маман) жоқ мүлдем бағаланбайды десе, тек 7,4%-ы (4 маман) бағаланатынын 21-суретте көруге болады.

Өз жұмысына қызығушылық

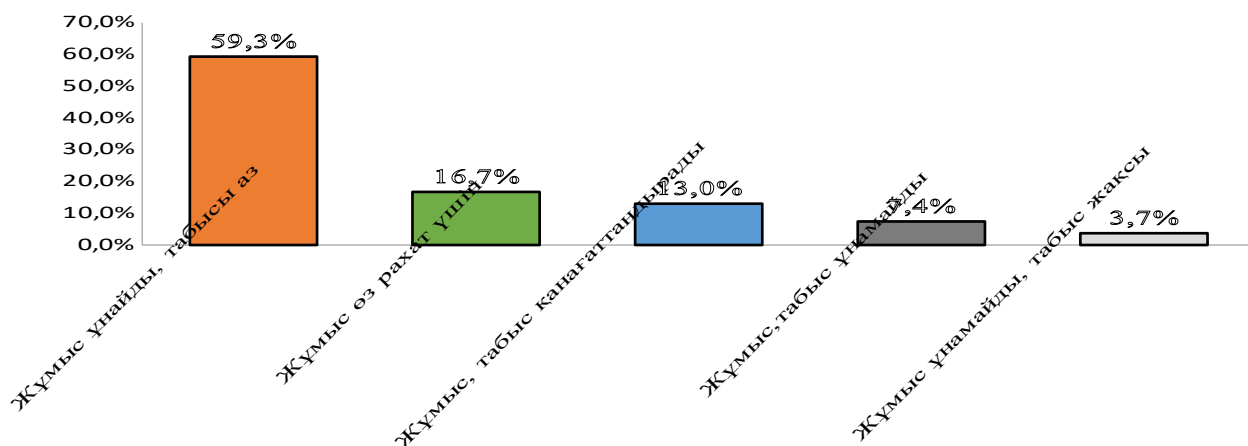


Жұмыс бағалануы



21-сурет - Респонденттердің жұмысқа қызығушылығы мен оның лайықты бағалану құрылымы

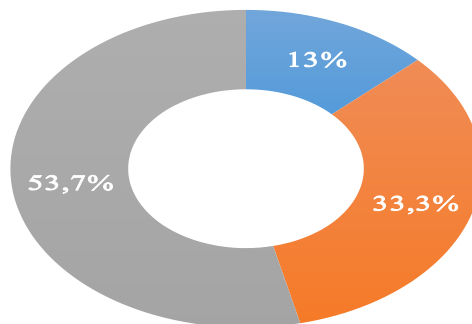
Сауалнама зерттеу нәтижесі бойынша, респонденттердің 59,3%-ы жұмысының өзіне ұнайтынын, алайда табыс деңгейі аз, 16,7%-ы жұмыс өзіне рахат алып келетінін және 13%-ы жұмыс пен табыс деңгейі қанағаттандыратынын белгілесе, 7,4%-ы жұмыстың ұнамайтынын, табыс көзі аздық ететінін көрсеткен. Респонденттердің берген жауаптарын саралай, 53,7%-ын табыс деңгейі толыққанды қанағаттандырмайды, айлық табысы мүлдем қанағаттандырмайтын 33,3% бен 13%-ы ғана келісетінін 22 мен 23 суреттерде байқайсыз.



22-сурет - Респонденттердің ойынша, жұмысы мен табыс деңгейі қанағаттандыратын деңгей көрсеткіші

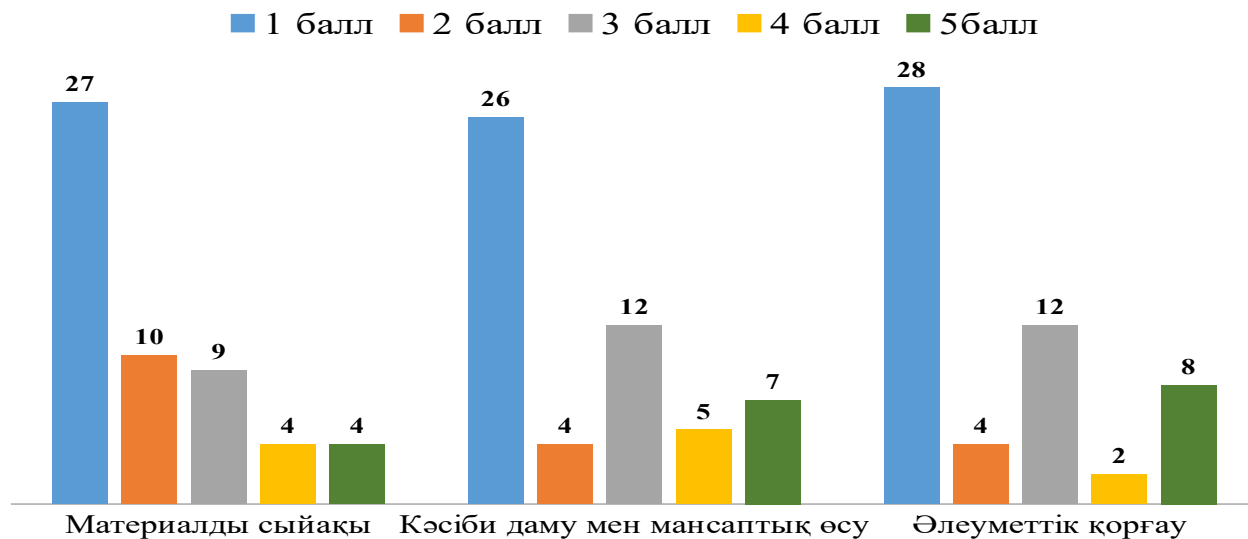


■ қанағаттану ■ мүлдем ■ толық емес



23-сурет - Респонденттердің жұмыс табысымен қанағаттану көрсеткіші

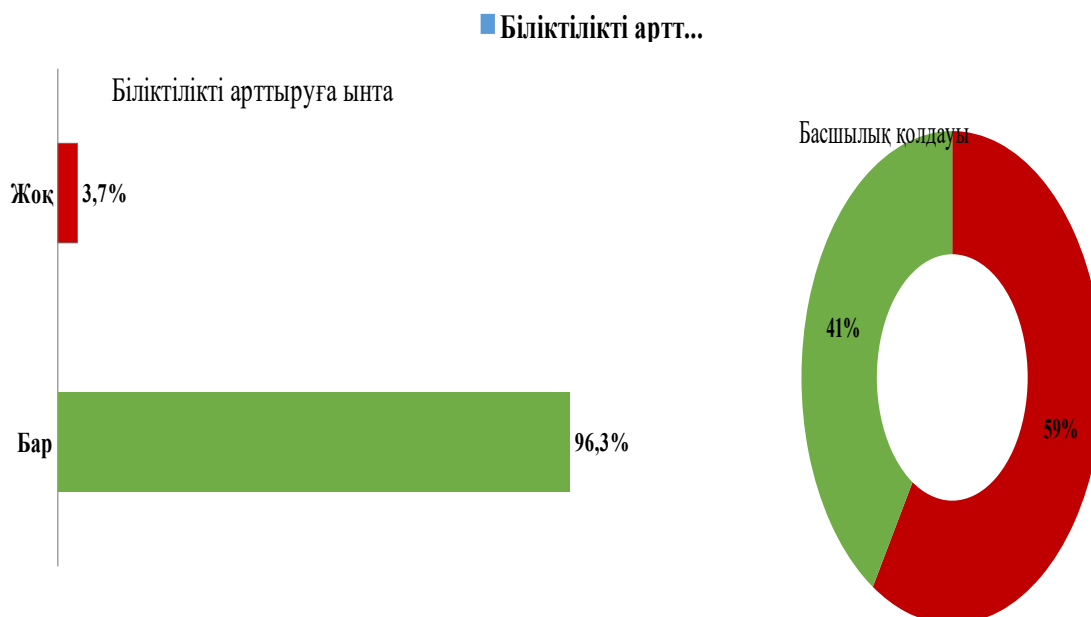
Сауалнама қатысқан медициналық мамандардың ынталанған деңгейі мен көрсеткіштерін анықтау барысында келесідей сұрақ «Кәсіби қызметті жүзеге асыру барысында мотивтердің әрқайсысы Сізді қаншалықты итермейлейтінін көрсетіңіз?» қойылды, 24-суретте респонденттердің арасында материалды сыйақы, кәсіби даму мен мансаптық өсу және әлеуметтік қорғау бірдей деңгейді көрсетті. Әрине, әр маман үшін таңдау құқығы әртүрлі деңгейде. (1-балл жоғарғы әсері бар, 5-балл әлсіз әсері бар)



24-сурет - Респонденттердің ойынша, мотивтердің ынталандыруға көрсеткіштері

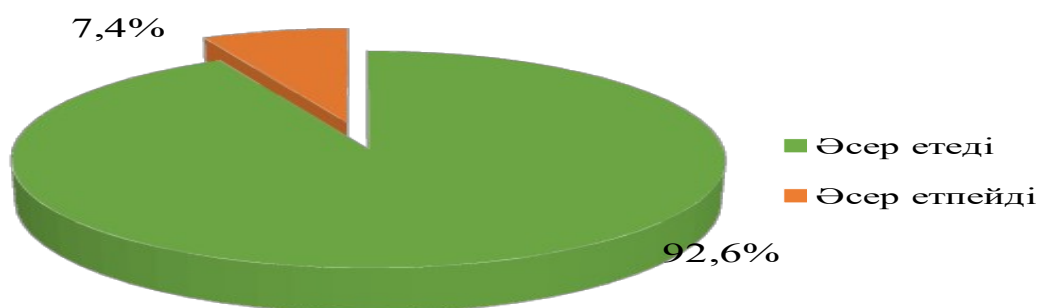
Оған қоса, респонденттердің біліктілікті арттыруға деген ынта көрсеткішін анықтау кезінде 96,3%-ы біліктілігін арттырығысы келетінін, 4,6%-ы жоқ нұсқасын белгілеген. Бір қызығы, біліктілікті арттыруға деген ұмытылысын медициналық мекеме басшылықтары қолдау көрсетеме сұрағына,

респонденттердің басым бөлігі 61,3%-ы (33 маман) басшылық қолдамайды, 42,9%-ы респондент қолдайтынын белгілеген. 25-суретте.



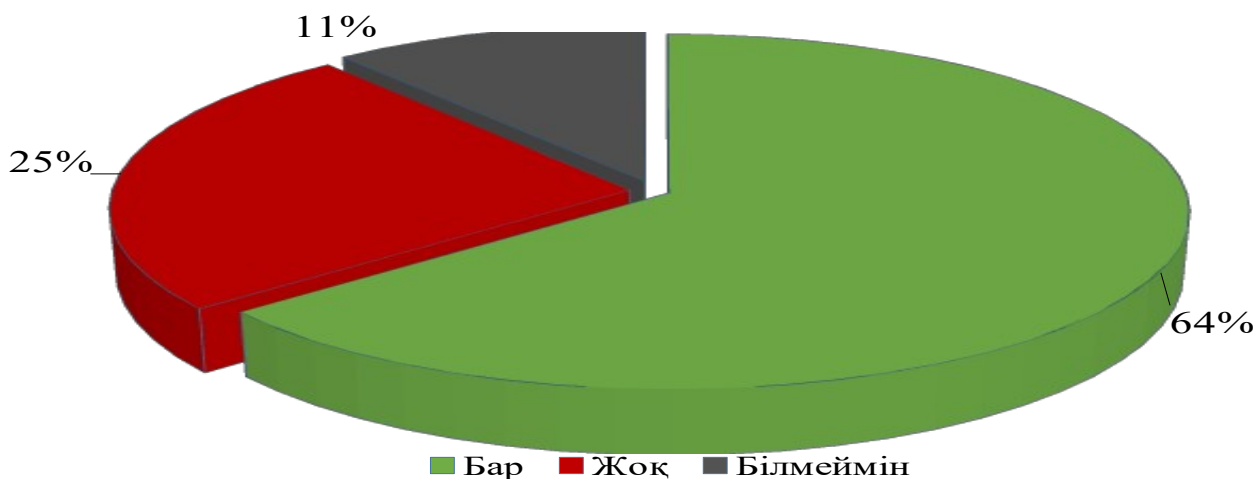
25-сурет - Респонденттердің ойынша, біліктілікті арттыруға бойынша құрылымы

Сауалнама сұрақтар нәтижесін зерттеу барысында, ынталандырудың әртүрлі әдістері (материалдық, моральдық, әлеуметтік қамсыздандыру) жұмыс сапасына әсер ететініне 92,6% (50) респондент келіскен, ал 7,4%-ы жоқ жауабын таңдаған. 26-суретке қарасаңыз.



26-сурет. Респонденттердің ойынша, жұмыс сапасына ынталандырудың әртүрлі әдістері әсер ететін құрылымы

Сауалнамаға қатысқан респонденттердің 61,1%-ы БСА-ы бар пациенттерді анықтауға және алдын алуға ынталанғанын, 27,8%-ы ынтаның жоқтығын және 11,1% респондент бұл сұраққа жауап білмейтінін белгілеген. 27-суретте.



27-сурет - Респонденттердің БСА бар пациенттерді анықтау мен алдын алуға ынта құрылымы

Осылайша, сауалнамалық зерттеуге қатысқан респонденттердің білімі мен пікірлерін талдау барысында келесідей нәтижеге қол жеткіздік. Зерделеу кезінде респонденттердің тең жартысы 27 дәрігер (50,0%) БСА бар пациенттердің қай сатыда диспансерлік тіркеуге қоятынын білмейтінін, 1-3 сатысы кезінде 17 дәрігер (31,5%) және 10 дәрігер (18,5%) 4-5 сатысы кезінде, ал нефрологқа жолдама креатинин жоғарлауы – 39 (72,2%), ШСЖ көрсеткішінің төмендеуі – 37 (68,5%), зәрдің өзгеруі – 18 (33,3%), АҚ, ГД көтерілуі – 12 (22,2%) кезінде берілетін қауіп факторларын таңдаған. Респонденттердің 36-сы (66,7%) БСА бар пациенттерді диспансерлік тіркеуге қоюдағы негізгі мақсаты – БСА дамуын баяулату деп санайды. Сауалнамаға қатысқан медициналық мамандардың жұмысына деген ынта деңгейін тексеру сұрақтарын қою кезінде, 37 респондент (68,5%) өз жұмысын қызық, 12 респондент (22,2%) толық емес және 5 респондент (9,3%) қызық емес екендігін, жұмысы толық емес көлемде лайықты бағаланбайтынын 32 респондент (59,3%) және 18 респондент (33,3%) мүлдем бағаланбайтынын көрсеткен. Оған қоса, жұмысының ұнайтынын, бірақ табысы деңгейі аз деп 32 маман (59,3%), яғни респонденттердің арасында ынталанған деңгейі толық еместігін көрдік. Дәрігерлермен атқарылатын жұмыс көлемі, ілінген жауапкершілік пен еңбек өтілімі лайықты бағаланбай жатыр.

Сауалнамаға пікірін білдірген респонденттердің жұмыс сапасына материалдық сыйақы, кәсіби даму мен мансаптық өсу, әлеуметтік қорғау әсер ететін деңгейінде басымдылық көрсетті. Бір қызығы, 37 респондент соңғы 5 жылда біліктілігін арттырмаса да, 52-сі (96,3%) біліктілігін арттыруға дайын екендігін, алайда басым бөлігінде 33 (59%) басшылықтың қолдамайтынын мәлімдеді. БСА-ы бар пациенттерді анықтау және алдын алуға 33 респондент

(61,1%) ынталы, 15 респондент (27,8%) ынтанын жоқтығын және 6 респондент (11,1%) білмейтінін анықтадық.

Жалпы алғанда, зерттеу нәтижелері МСАК деңгейінде дәрігерлер арасында БСА бойынша білім деңгейінің және БСА анықтау мен алдын алуға қанағаттандырмайтынын көрсетті. Бұл денсаулыққа қауіп төндіретін болашақ дәрігерлер арасында мінез-құлықты қалыптастырудың бастамасы болып табылады. Салдарынан БСА ауруның көбеюі және халықтың арасында инфекциялық емес аурулардың өсу тенденциясы байқалуы мүмкін. Бұл тұжырым келесі деректермен сипатталады:

Медициналық дәрігерлердің 37%-ы соңғы 5 жылда біліктілігін арттырмағанын көрсетті, бұл респонденттердің 3/1-де БСА салдары мен алдын алу туралы ақпараттың жоқтығын көрсетеді. Респонденттердің 50,0%-ы БСА-ы бар пациенттерді қай сатысында диспансерлік тіркеуге қоятынын білмейтін маңызды көрсеткіш анықталды.

Көптеген зерттеулердің нәтижесіндегідей, жалпы алғанда, медициналық мамандар 92,6%-ы жұмысынын дұрыс бағаланбайтынын және 59,3%-ы айлық табысының аз екендігін, яғни ынталану деңгейі төмендігін көрсеткен. Алайда, жұмысы қызықтыратынын респондент 68,5%-ды құраса, материалдық сыйақы мен әлеуметтік қолдау бұл көрсеткішті арттыруы мүмкіншілігі ( $p < 0,05$ ) жоғары.

Медициналық дәрігерлердің 61,1%-ы БСА анықтау мен алдын алуға ынталы, ал 27,8% ынтаның жоқтығы мен 11,1% білмейтінін белгілеген. Астана қаласында медициналық көмек сапасын арттыруға МСАК деңгейіндегі дәрігерлер арасында ынта деңгейін көтермелеу қажеттігін және тікелей әсер ететін фактор анықталды.

Оған қоса, сауалнамаға қатысқан респонденттердің дәрігерлерді ынталандыруға келесідей ұсыныстар: ай сайын қосымша үстемақы, әлеуметтік қорғау, моральді қолдау, санаторий-курорттық демалыс, лайықты айлық табысы, психоэмоциональді жүктеме үшін материалды төлем, тегін және жеке тренингтер, ашық үстелдер, есептер мен компьютерге тәуелділікті азайту жасалды.

Осылайша, ұсынылған деректер статистикалық сенімді түрде медициналық мамандар арасында БСА-ы жайлы білімі деңгейі, БСА-ы бар пациенттерді анықтау мен алдын алу ынталану көрсеткіші жеткіліксіздік танытатындығын көрсетеді. Сонымен қатар, дәрігерлер арасында медициналық көмек сапалы көрсету және жұмыс істеуге деген ынта деңгейін көтермелеу және біліктілік деңгейін арттыру маңызды болып табылады.

## ҚОРЫТЫНДЫ

БСА әрбір адамзат және олардың отбасылары үшін ең алдымен медициналық, әлеуметтік және экономикалық ауыр зардаптар алып келуі мүмкін, дәлірек айтқанда – ауруды алдын алу мен уақытылы анықтамау нәтижесінен болатын тұрақты амбулаториялық перитонеалдық диализ, бүйректі алмастыру терапиясы, гемодиализ, еңбекке жарамсыздық, депрессия, бүйрек трансплантациясы және т.б. осы сияқты зиянды салдарға әкелетін халық денсаулығының негізгі проблемаларының бірі болып саналады.

Көптеген әдебиеттерде бүйрек созылмалы ауруы деп бүйрек функциясының қайтымсыз нашарлауы немесе жұмысын тоқтатуда болатын инфекциялық емес ауру деп анықтайды. Оның таралуы әлеуметтік маңызы бар іліспе аурулардан, әлеуметтік экономикалық жағдай мен өмір салтына байланысты болуы мүмкін.

Зерттеудің негізгі міндеттері: Астана қаласының мысалында МСАК деңгейінде БСА 4-5 сатыдағы пациенттерге медициналық көмек көрсетуді зерделеу, нефропротективті терапия қабылдайтын пациенттерде БСА прогрессия қарқынын бағалау, рейтингтік бағалау моделін және дәрігерлерді ынталандыру жүйесін әзірлеу болды. Оларды шешу үшін ақпараттық-талдамалық, статистикалық көшірмесі және сауалнама әдістері бойынша зерттеу жүргізілді. Алғашқы екі міндеттер бойынша амбулаторлық карталарды талдау және статистикалық зерделеу жасалды. Соңғы міндет бойынша дәрігерлерге арналған анонимді сауалнама әзірленді. МСАК деңгейіндегі дәрігерлер арасында сауалнама онлайн жүргізілді, жалпы 3 блоктан тұрды: жалпы мәліметтер, БСА біліктілігі және ынталандыру деңгейі, барлығы 21 сұрақты қамтиды.

Амбулаторлық карталарды зерттеу бойынша осындай көрсеткіштерге қол жеткіздік. БСА-ы бар гемодиализге алғаш алынған науқастардың жасы ( $n=79$ ) 19-ден 83 жасқа дейін, орташа жасы  $52 \pm 2,4$  жасты құрады. Созылмалы бүйрек ауруы бар тексерілген науқастардың 92,7%-де қатар жүретін аурулардың болуы анықталды, ең жоғары жиілік көрсеткіш - АГ (43,5%), қант диабеті (23,4%), созылмалы бүйрек ауруы анемиямен (13,8%) және өзге аурулар (12,8%).

БСА-ы бар пациенттердің арасында АГ ауруы анықталған 72 пациентке бұйрық, стандарт пен хаттамаларға сәйкесінше жүргізілуі тиіс диагностикалық тексерулер мен консультациялар толық емес көлемде жасалған. Толық емес диагностикалық зерттеулер – 142 (46,9%), толық зерттеулер – 161 (53,1%). Медициналық мамандарда жүргізілген 79 (50,9%) және жүргізілмеген 76 тексерулерге тең (49,1%).

Сонымен қатар, қант диабеті бар 39 пациенттер арасында бірлескен комиссия Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2021 жылғы 23 желтоқсандағы «Ересектердегі созылмалы бүйрек ауруы» № 154

хаттама негізінде жүргізу керек бір қатар диагностикалық зерттеу толық емес көлемде жүргізілген. Қандағы гликатталған гемоглобинді, липидті спектрді, ШСЖ мен қан креатинин көрсеткіштері, офтальмоскопия мен электромиография толық және уақытылы емес тексерулер – 139 жағдай, бұл жалпы тексерудің 71,3%-ын, толық тексеру – 56 құрады (28,7%).

Пациенттер арасында бүйрек алмастыру терапиясы үшін іріктеу критерийлері (көрсеткіштердің біреуінің болуы), мультидисциплинарлық топтан (МДТ) алынған деректерге сәйкес көрсетілгендей медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі «Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 14 қазандағы № ҚР ДСМ-114 бұйрығынан сәйкес негізсіз бағдарламалық гемодиализге алынғанын көрсетті.

Осылайша, амбулаторлық қарталар толтыру, науқастардың ауру деректерінің ауытқулары мен толықтырмағанын анықтадық. Барлық бұзушылықтарды, стандарт пен бұйрықтық талаптарды ескере отырып, олардың медициналық қызмет сапасы мен тиімділігіне тікелей және маңызды рөл атқаратындығын жоққа шығара мүмкін емес.

Алайда, АЖ-ге негізделсек 2021 жылы гемодиализге халықтың орташа жылдық өсімі 6%-ға, 2020 жылы – 15%-ға, 2019 жылы – 17%-ды құрады. Динамикада 2019-2021 жылдар аралығында бастап орташа жылдық өсімнің 17%-ден 6%-ға дейін төмендеуі байқалған.

БСА 4-5 сатысындағы пациенттерге медициналық қызмет көрсету барсын тәуілсіз сараптама нәтижелері бойынша келесідей тұжырымға келдік. Науқастар арасында, әсіресе, уақтылы тағайындалған терапиясы бар пациенттер тобында нефропротективті терапия аясында креатинин деңгейінің сенімді төмендеуі байқалды. Сондай-ақ, бастапқы кезеңде, нефропротективті терапияны тағайындағанға дейін және одан кейін, бүйректің қызметі пациенттің жынысына, жасына, дене салмағына, бойына және қан сарысуындағы креатинин деңгейіне сәйкес ШСЖ зерттеу арқылы бағаланған.

Сауалнама нәтижесі бойынша қатысқан медициналық дәрігерлердің басым көпшілігі әйел 75,9% және респонденттің тек 24,1%-ы ғана еркектер құрады. Дәрігерлер арасында 5 жылға дейін тәжірибе барлар – 25 (46,3%), ал 5 және 10 жыл аралығында жұмыс өтілімі бар дәрігерлер – 10 (18,5%), 10 және 20 жыл аралығын – 9 (16,7%), 20 жылдан астам тәжірибесі бар мамандар (18,5%) 10-ды, ал 70,0%-ды терапевттер мен жалпы практика дәрігерлері құрады.

Барлық респонденттің ішінде 20 маман (37%) соңғы 5 жыл көлемінде біліктілігін арттырмағанын, алайда 52 маман (96,3%) біліктілігін арттырғысы келетінін белгілеген.

БСА бар науқастарды қай сатыда диспансерлік тіркеу туралы білім деңгейін талдау кезінде 27 дәрігер (50,0%) білмейтінін, диспансерлік тіркеуге қоюдың негізгі мақсаты 36 таңдау (66,7) – БСА дамуын баяулату деп көрсеткен.

Сауалнамаға қатысқан медициналық мамандардың ынталанған деңгейін анықтау барысында, 32 маман (59,3%) дәрігердің жұмысы лайықты бағаланбайды, 18 маман (33,3%) мүлдем бағаланбайды десе, 32 маман (59,3%) жұмысының өзіне ұнайтынын, алайда табыс деңгейі аз екенін таңдаған.

БСА-ы бар пациенттерді анықтау және алдын алуға 33 респондент (61,1%) ынталы, 15 респондент (27,8%) ынтанын жоқтығын және 6 респондент (11,1%) білмейтінін анықтадық.

Сонымен қатар, зерттеу нәтижелері МСАК деңгейінде дәрігерлер арасында БСА бойынша білім деңгейінің және БСА анықтау мен алдын алуға қанағаттандырмайтынын көрсетті. Бұл денсаулыққа қауіп төндіретін болашақ мінез-құлықты қалыптастырудың бастамасы болып табылады. Салдарынан БСА ауруның көбеюі және халықтың арасында инфекциялық емес аурулардың өсу тенденциясы байқалуы мүмкін.

Ұсынылған деректер статистикалық сенімді түрде медициналық мамандар арасында БСА жайлы білімі деңгейі, БСА бар пациенттерді анықтау мен алдын алу ынталану көрсеткіші жеткіліксіздік танытатындығын көрсетеді. Сонымен қатар, дәрігерлер арасында медициналық көмек сапалы көрсету және жұмыс істеуге деген ынта деңгейін көтермелеу және біліктілік деңгейін арттыру маңызды болып табылады.

## ТҰЖЫРЫМДАР

Осылайша, БСА бар пациенттердің амбулаториялық карталарына шолу және дәрігерлер арасындағы анонимдік сауалнаманы талдау жүргізе отырып, қойылған міндеттер негізінде мынадай қорытынды жасауға болады:

1. Шет елдер және Қазақстанда БСА әлеуметтік және экономикалық маңызы бар ауру ретінде алдын алу мен емдеуге зерттеулер жүргізіп, арнайы әзірленген бұйрықтар, медициналық стандарттар мен клиникалық хаттамалар әзірленген. Оған қоса, халықаралық тәжірибелер мен отандық ынталандыру жүйесі дәрігерлердің нәтижелі және сапалы қызмет көрсетуі үшін әрекеттер жасалуда. Алайда, бұл зерттеу барысында дәрігерлердің БСА ауруы жайлы біліктілік көрсеткіші мен ынталануы айтарлықтай назар аударлық деңгейде.

Дәрігерлер арасындағы сауалнама нәтижелері бойынша, соңғы 5 жылда біліктілігін арттырған мамандар тек – 63,0%, 38,9% БСА алдын алуға ынтатын жоқтығын және 92,6% материалды сыйақы, кәсіби даму және әлеуметтік қорғау науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің сапасына тікелей қатысты екендігін көрсетті.

2. Астана қаласындағы МСАК деңгейіндегі БСА бар пациенттерге медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін бағалау бойынша медициналық карталардың 2/3 бөлігіне (58 медициналық карта) бұйрық, стандарт мен хаттамаға сәйкес диагностикалық тексерулер мен консультациялар толық емес көлемде ( $p < 0,05$ ) жүргізілген. Оның ішінде, емдеу-диагностикалық іс-шаралардың қызмет көрсетудің денсаулық сақтау саласындағы стандарттар, клиникалық хаттамалардан ауытқуы және медициналық құжаттаманы ресімдеудегі ақаулар көрсетілгендей негізсіз бағдарламалық гемодиализге 26 науқас (32,9%) алынғанын дәлелдеді.

3. Зерттеу нәтижелері бойынша ұсынылған іс-шаралар кешені – жүйелі түрде жұмыс атқару (нормативті-құқықтық бұйрықтар, медициналық стандарттар мен клиникалық хаттамалар негізінде сапалы көмек көрсету, дәрігерлер арасында біліктілікті арттыру уақытылы өткізу, БСА диагностикалау мен анықтауға бағытталған іс-шаралар кешенін алгоритмдеу, бағалау индикаторлары негізінде БСА алдын алу), ынталандыру жүйесін бекіту (медициналық мамандармен ашық үстел негізінде ашық қарым-қатынас құру, дәрігерлер арасында ынта деңгейін көрсететін анкета, анонимді сауалнама тұрақты жүргізу, медициналық қызметкерлердің рөлі мен еңбек маңыздылығын күшейтетін іс-шаралар жасау) және мониторинг жасау (медициналық көмек сапасын индикаторлық көрсеткіштер негізінде бағалау, статистикалық деректерді өткен уақытпен салыстыру, пациенттер арасында сауалнамаларды жүргізу, ұйымның нәтижелерін талдау) МСАК дәрігерлерінің жұмысын жеңілдету мен ынталану деңгейін бақылауда маңызы зор.



## ҰСЫНЫСТАР

1. «Бүйрек созылмалы ауруы» термині мен оның маңыздылығын, алдын алу мен анықтауға «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің жұмыскерлерін көтермелеу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-278/2020 бұйрығының сапаны бағалау индикаторы ретінде қосу.

2. БСА бар пациенттерге медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыру негізінде МСАК деңгейі мамандарын біліктілігін ұдайы арттыру, тұрақты түрде конференциялар, семинарлар мен тренингтер өткізу.

3. Медициналық қызметкерлер рөлі мен еңбек нәтижесін күшейту мақсатында жаңа технологияларды, медиа-арналар мен әлеуметтік желілерді пайдалану, шығармашылық жобалар мен арнайы «ай қызметкері» бұрышының болуы.

4. Практикалық ұсыным ретінде МСАК дәрігерлердің жұмысын жеңілдету мақсатында БСА алдын алуда іліспе аурулары бар, орта жастағы адамдар мен осал топтар денсаулығын нығайту бағытталған науқастарды жүргізу алгоритмі мен бағалау индикаторларын әзірледік (В қосымшасы).

5. БСА сатылары арасындағы ерекшелікті анықтау мен алдын алу мақсатында әр түрлі топтарға бақытталған бағдарламаларды әзірлеу үшін қосымша зерттеулерді жалғастыру және кеңейту қажет. Ұсынылған ұсыныстар БСА бар пациенттерге көмек көрсетуде медициналық шығындарды азайтуға мүмкіндік береді.

## ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Чаба П. Ковесди, Эпидемиология хронической болезни почек: обновленная информация 2022 г. Почка Int Suppl (2011). 2022 апрель; 12(1): 7–11. doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003 PMID: PMC9073222.
2. Т.П. Голивец, Ю.И. Журавлев, С.В. Свидовская, Н.Е. Суслов, И.С. Котелевский. Современные аспекты диагностики и лечения хронической болезни почек, 2017 г.
3. Thomas D. Sequist, MD, MPH; Alison M. Holliday, MPH; E. John Orav, PhD; David W. Bates, MD, Bradley M. Denker, MD.- Physician and Patient Tools to Improve Chronic Kidney Disease Care, 2018-e107.
4. Findlay, M., Isles, C. (2015). Overview of Chronic Kidney Disease. In: Clinical Companion in Nephrology. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-14868-7\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-319-14868-7_20)
5. Foley RN, Wang c, Snyder JJ, Collins AJ. Cystatin C levels in U.S. adults, 1988-1994 versus 1999-2002: NHANES. Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4(5):965-972
6. А.В. Смирнов, Е.М. Шилов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков, И.Н. Бобкова, М.Ю. Швецов, А.Н. Цыгин., «Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению», ISSN 1561-6274. Нефрология. 2012. Том 16. №1.
7. Моисеев В.С., Мухин Н.А., Смирнов А.В., «Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции» Российский кардиологический журнал, 8 (112) :7-37.
8. Ene-Iordache B, Perico N, Bikbov B, Carminati S, Remuzzi A, Perna A, Islam N, Bravo RF, Aleckovic-Halilovic M, Zou H, Zhang L, Gouda Z, Tchokhanelidze I, Abraham G, Mahdavi-Mazdeh M, Gallieni M, Codreanu I, Togtokh A, Sharma SK, Koirala P, Uprety S, Ulas I, Remuzzi G. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. Lancet Glob Health. 2016 May;4(5): e307-19. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00071-1. PMID: 27102194.
9. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей / ред. Е.М.Шилов / Методическое руководство для врачей. Москва, 2012. – 75с.
10. Drawz P.E., Archdeacon P., McDonald C.J., et al. CKD as a model for improving chronic disease care through electronic health records // Clin J Am Soc Nephrol. 2015. Vol. 10. P. 1488–1499.

11. Coresh J., Selvin. E, Stevens L.A., et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States // JAMA. 2007. Vol. 298. P.2038–2047.
12. Brück K., Stel V.S., Gambaro G., et al. CKD prevalence varies across the European general population // J Am Soc Nephrol. 2016. Vol. 27. P. 2135–2147.
13. K.T. Mills, Y. Xu, W. Zhang, J.D. Bundy, C.-S. Chen, T.N. Kelly, J. Chen, J. / He A systematic analysis of world-wide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010 // Kidney Int. – 2015. – Vol. 88, № 5. – P. 950–957. DOI: 10.1038/ki.2015.230
14. Лиянаге Т, Тояма Т, Хокхэм С, Ниномия Т, Перкович В, Вудворд М, Фукагава М, Мацусита К, Прадитпорнсипа К, Хой Л.С., Исеки К, Лин МИ, Стирнадель-Фаррант ХА, Джа В, Джун М. Распространенность хронической болезни почек в Азии: систематический обзор и анализ. *BMJ Global Health*. Январь 2022 г.;7(1):e007525. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007525. PMID: 35078812; PMCID: PMC8796212.
15. Малкина А, Фригард М, Рубински А, Лоуэлл Л, Карлинер Л, Кон М, Перальта Ок. Подтверждающая лаборатория определила хроническое заболевание почек в электронной медицинской карте пациентов, получающих первичную медицинскую помощь. *BMC Nephrol*. 3 января 2019;20(1):3. doi: 10.1186/s12882-018-1156-2. PMID: 30606109; PMCID: PMC6318865.
16. Charles C, Ferris AH. Chronic Kidney Disease. *Prim Care*. 2020 Dec;47(4):585-595. doi: 10.1016/j.pop.2020.08.001. Epub 2020 Sep 25. PMID: 33121630., Rhee CM, Kovesdy CP. Epidemiology: Spotlight on CKD deaths—increasing mortality worldwide. *Nat Rev Nephrol*. 2015 Apr;11(4):199-200. doi: 10.1038/nrneph.2015.25. Epub 2015 Mar 3. PMID: 25734769; PMCID: PMC4379111.
17. Black C, Sharma P, Scotland G, McCullough K, McGurn D, Robertson L, Fluck N, MacLeod A, McNamee P, Prescott G, Smith C. Early referral strategies for management of people with markers of renal disease: a systematic review of the evidence of clinical effectiveness, cost-effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2010 Apr;14(21):1-184.
18. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / Рабочая группа членов Правления Научного общества нефрологов России. Коллектив авторов (руководитель группы А.В. Смирнов). // «Издательство «Левша. Санкт-Петербург», 2012. — 51 с.
19. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, McNeil R, Fumo P, Rao VM, Lerma EV. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality

improvement initiative using the renal physicians association toolkit. *Am J Kidney Dis.* 2015 Jan;65(1):67-79.

20. Major RW, Cheng MRI, Grant RA et al. Cardiovascular disease risk factors in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018;13(3):e0192895. doi: 10.1371/journal.pone.0192895.

21. Клинические рекомендации. Хроническая болезнь почек (ХБП). *Нефрология.* 2021;25(5):10-82.

22. Кореш Дж., Хеерспинк Х.Л., Санг И. и др. Изменение альбуминурии и последующий риск терминальной стадии заболевания почек: мета-анализ наблюдательных исследований консорциума на уровне отдельных участников. *Журнал Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7(2):115-127. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30313-9.

23. Zeng X, Liu J, Tao S, Hong HG, Li Y, Fu P. Связь между социально-экономическим статусом и хроническим заболеванием почек: метаанализ. *Ж Эпидемиология общественного здоровья.* 2018;72:270–9.

24. Варт П., Гансевоорт Р.Т., Йостен М.М., Бюльтманн У., Рейневельд С.А. Социально-экономические различия при хронической болезни почек: систематический обзор и метаанализ. *Am J Prev Med.* 2015; 48: 580–92.

25. Дрей Н., Родерик П., Малли М., Роджерсон М. Популяционное исследование заболеваемости и исходов диагностированного хронического заболевания почек. *Am J почеч Dis.* 2003; 42: 677–84.

26. Белло А. К., Питерс Дж., Ригби Дж., Рахман А.А., Нахас М. Е. Ұлыбританиядағы нефрологиялық қызметке кірген кездегі элеуметтік-экономикалық жағдай және созылмалы бүйрек ауруы. *Сына Дж АМ Нефрол.* 2008;3:1316–23.

27. Edgerblad E, Fored SM, Lindblad P и др. Связь между курением и хронической почечной недостаточностью в общенациональном популяционном исследовании случай-контроль. *Нефрол.* 2004; 15:2178–85.

28. Ся Дж., Ван Л., Ма З. и др. Курение сигарет и хроническая болезнь почек у населения в целом: систематический обзор и метаанализ проспективных когортных исследований. *Трансплантация нефрологического циферблата.* 2017; 32: 475–87.

29. Ryoma Michishita, Takuro Matsuda, Shotaro Kawakami, Satoshi Tanaka, Akira Kiyonaga, Hiroaki Tanaka, Natsumi Morito & Yasuki Higaki; The joint impact of habitual exercise and glycemic control on the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older males 2017;22:76.

30. Watson, E.L., Kosmadakis, G.C., Smith, A.C. et al. Combined walking exercise and alkali therapy in patients with CKD4–5 regulates intramuscular free

amino acid pools and ubiquitin E3 ligase expression. *Eur J Appl Physiol* 113, 2111–2124 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00421-013-2628-5>.

31. Robinson-Cohen, Cassianne, Littman, Alyson J., Duncan, Glen E., Weiss, Noel S., Sachs, Michael C.; Ruzinski, John; Kundzins, John; Rock, Denise; de Boer, Ian H., Ikizler, T. Alp, Himmelfarb, Jonathan, Kestenbaum, Bryan R., Physical Activity and Change in Estimated GFR among Persons with CKD. *Journal of the American Society of Nephrology* 25(2):p399-406, February 2014. DOI: 10.1681/ASN.2013040392 .

32. Hariharan, D., Vellanki, K. & Kramer, H. The Western Diet and Chronic Kidney Disease. *Curr Hypertens Rep* 17, 16 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11906-014-0529-6>.

33. Consultation WHOE. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. (2004) 363:157–63. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3.

34. Д'Агати В.Д., Шаньяк А., де Фриз А.П., Леви М., Поррини Е., Герман-Эдельштейн М. и др. Гломеруллопатия, связанная с ожирением: клинико-патологические характеристики и патогенез. *Натуральный восстановленный Нефрол.* (2016) 12:453-71. doi: 10.1038/nrneph.2016.75.

35. Center for Disease Control and Prevention. “Picture of America” ([www.cdc.gov/pictureofamerica](http://www.cdc.gov/pictureofamerica)). At a Glance – Executive Summary. 2017; 2019.

36. Levey AS, Schoolwerth AC, Burrows NR et al. Centers for Disease Control and Prevention Expert Panel. Comprehensive public health strategies for preventing the development, progression, and complications of CKD: report of an expert panel convened by the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Kidney Dis* 2009;53(3):522–535. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.11.019.

37. Saran R, Robinson B, Abbott KC et al. US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis* 2019;73(3S1):A7–A8. doi:10.1053/j.ajkd.2019.01.001

38. Kalantar-Zadeh K, Fouque D. Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2017;377(18):1765–1776. doi: 10.1056/NEJMra1700312.

39. Gonzalez-Quiroz M, Nitsch D, Hamilton S et al. DEGREE Study Steering Committee. Rationale and population-based prospective cohort protocol for the disadvantaged populations at risk of decline in eGFR (CO-DEGREE). *BMJ Open* 2019;9:e031169. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031169.

40. Boulware LE, Jaar BG, Tarver-Carr ME et al. Screening for proteinuria in US adults: A cost-effectiveness analysis. *JAMA* 2003;290:3101–3114. doi: 10.1001/jama.290.23.3101.

41. Go DS, Kim SH, Park J et al. Cost-utility analysis of the National Health Screening Program for chronic kidney disease in Korea. *Nephrology* 2019;24(1):56–64. doi: 10.1111/nep.13203.

42. Komenda P, Ferguson TW, Macdonald K et al. Cost-effectiveness of primary screening for CKD: A systematic review. *Am J Kidney Dis* 2014;63:789–797. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.12.012.

43. Chow KM, Szeto CC, Kwan B et al. Public lacks knowledge on chronic kidney disease: Telephone survey. *Hong Kong Med J* 2014;20:139–144.

44. Inaguma D, Imai E, Takeuchi A, Ohashi Y, Watanabe T, Nitta K, Akizawa T, Matsuo S, Makino H, Hishida A; Chronic Kidney Disease Japan Cohort Study Group. Risk factors for CKD progression in Japanese patients: findings from the Chronic Kidney Disease Japan Cohort (CKD-JAC) study. *Clin Exp Nephrol.* 2017 Jun;21(3):446-456. doi: 10.1007/s10157-016-1309-1. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27412450; PMCID: PMC5486452. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27412450/>

45. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD; National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *Am J Med.* 2016 Feb;129(2):153-162.e7. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.08.025. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26391748.

46. Чан М.Р., Дулат, Флетчер К.Е., Лун, Триведи Х. Исходы у пациентов с хронической болезнью почек, поздно обратившихся к нефрологам: метаанализ. *Am J Med.* 2007 декабрь;120(12):1063-70. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.04.024. PMID: 18060927.

47. Samal L, Wright A, Waikar SS, Linder JA. Nephrology co-management versus primary care solo management for early chronic kidney disease: a retrospective cross-sectional analysis. *BMC Nephrol.* 2015 Oct 12;16:162. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26458541/>

48. Болезнь почек: улучшение глобальных результатов (KDIGO) Рабочая группа по ХБП Руководство по клинической практике KDIGO 2012 г. по оценке и лечению хронической болезни почек. *Почки Int Suppl.* 2013; 3: 1-150.

49. Robert John, Michelle Webb, Alan Young, Paul E Stevens. Unreferred chronic kidney disease: a longitudinal study. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.046>

50. Стандарт NHG по лечению сердечно-сосудистых заболеваний (eerste herziening). *Хуизартс Мокрый* 2012;55(1):14–28.

51. Bello AK, Ronksley PE, Tangri N, Kurzawa J, Osman MA, Singer A, Grill AK, Nitsch D, Queenan JA, Wick J, Lindeman C, Soos B, Tuot DS, Shojai S, Brimble KS, Mangin D, Drummond N. Quality of Chronic Kidney Disease

Management in Canadian Primary Care. JAMA Netw Open. 2019  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31483474/>

52. Deci, E.L.; Ryan, R.M. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior; Plenum Press: New York, NY, USA, 1985., Zeng D, Takada N, Hara Y, Sugiyama S, Ito Y, Nihei Y, Asakura K. Impact of Intrinsic and Extrinsic Motivation on Work Engagement: A Cross-Sectional Study of Nurses Working in Long-Term Care Facilities. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jan 24;19(3):1284. doi: 10.3390/ijerph19031284. PMID: 35162307; PMCID: PMC8834725.

53. Karatepe, O.M. High-Performance Work Practices and Hotel Employee Performance: The Mediation of Work Engagement. Int. J. Hosp. Manag. 2013, 32, 132–140.

54. Putra, E.D.; Cho, S.; Liu, J. Extrinsic and Intrinsic Motivation on Work Engagement in the Hospitality Industry: Test of Motivation Crowding Theory. Tour. Hosp. Res. 2017, 17, 228–241.

55. Гаврилов Э.Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э.Л. Гаврилов, Н.О. Аслибекян, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017. Т. 12. № 1. С. 73-78.

56. Николаева И.И. Зарубежный опыт мотивации персонала // Human progress. 2018. Том 4, № 7. URL: [http://progress-human.com/images/2018/Tom4\\_7/Nikolayeva.pdf](http://progress-human.com/images/2018/Tom4_7/Nikolayeva.pdf) , свободный. – Загл. С экрана. - Яз. рус., англ.

57. Сергеева Н.М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения // Иннов: электронный научный журнал, 2017. №3 (32). URL:<http://www.innov.ru/science/economy/motivatsiya-meditsinskikh-kadrov-ka/>

58. Родин И.И. Введение КРІ и результаты его применения в России. Экономика, Статистика и Информатика. 2014. № 1. С. 120-123.

59. <https://med.mcfr.kz/article/476-kpi-sistema-effektivnosti-personala-v-meditsine>

60. Гнатышина Е.В., Евплова Е.В. Разработка системы мотивации персонала. 2015у ISSN: 2072-0297eISSN: 2077-8295.

61. Руденко Л.Г., Дегтярь Н.П. Сущность КРІ и его роль в управлении предприятием. Вестник Московского университета имени С. Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. 2017. № 2 (21). С. 50-54.

62. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы: учеб. Пособие / Е.П. Ильин. – Санкт-Петербург: Питер, 2011. – 512 с

63. Ким Ю.А. Клинические аспекты течения хронической болезни почек у пациентов с артериальной гипертензией // Вестник АГИУВ. Казахстан, 2016, № 1 – С. 6–16.

64. А.М. Арингазина, О.Ж. Нарманова, Г.О. Нускабаева, Ж.А. Тагаева, Е.С. Мендыбаев. Хроническая болезнь почек: распространенность и факторы риска. // Анализ риска здоровью. 2020. №2. DOI: 10.21668/health.risk/2020.2.18.

65. Канатбаева А.Б., Кабулбаев К.А., Наушабаева А.Е., Нурбекова А.А. Результаты сплошного скрининга по раннему выявлению хронической болезни почек у жителей г. Алматы // Нефрология и диализ. 2012. Т.14.№ 2. С. 109-113.

66. Беркинбаев С.Ф., Тундыбаева М.К., Джунусбекова Г.А, Мусагалиева А.Т., Даньярова Л.Б., Леонович Т.Н., Мамедгулиева Ж.Т., Дарибаева Д.Д., Ешнязова М. Оценка распространенности нарушения функции почек у жителей г. Алматы и Алматинской области // Medicine (Almaty). 2016. Т. 171. №9. С. 22-29.

67. Gaipov A., Issanov A., Kadyrzhanuly K., Galiyeva D., Khvan M., Aljofan M., Molnar M.Z., Kovesdy C.P. Epidemiology of dialysistreated end-stage renal disease patients in Kazakhstan: data from nationwide large-scale registry 2014-2018 // BMC Nephrol. 2020. Vol.21(1).P.407.

68. Л.Н. Нурсултанова. Распространенность хронической болезни почек в Казахстане. // Вестник КазНМУ №4-2020. УДК 616.61-002.277

69. Reichel H., Zee J., Tu C., et al. Chronic kidney disease progression and mortality risk profiles in Germany: results from the Chronic Kidney Disease Outcomes and Practice Patterns Study. Nephrol Dial Transplant. 2020;35(5):803-10. DOI:10.1093/ndt/gfz260.

70. Vaidya S.R., Aeddula N.R. Chronic Renal Failure. [Updated 2020 Jul 16]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan [cited by Sep 25, 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>.

71. Webster A.C., Nagler E.V., Morton R.L., Masson P. Chronic Kidney Disease. Lancet. 2017;389(10075):1238-52. DOI:10.1016/S0140-6736(16)32064-5.

72. И.Г. Никитин, Г.Е. Гендлин. Хроническая болезнь почек: учебное пособие / М.: РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, 2019. – 136 с.



ҚОСЫМША А  
МСАК ДӘРІГЕРЛЕР АРАСЫНДА АНОНИМДІ САУАЛНАМА/  
АНОНИМНЫЙ ОПРОС СРЕДИ ВРАЧЕЙ ПМСП

1. Сіздің жынысыңыз?/Укажите Ваш пол?
  - a) әйел/женщина
  - b) ер/мужчина
2. Сіз қандай бағдардағы дәрігер боласыз?/Врачом какого профиля вы являетесь?
  - a) эндокринолог/эндокринолог
  - b) уролог/уролог
  - c) хирургиялық бағдар/хирургический профиль
  - d) терапиялық бағдар/терапевтический профиль
  - e) басқа/другое
3. Сіз медицина саласында МСАК деңгейінде қанша жыл жұмыс істейсіз? (жұмыс өтілі)/ Сколько лет вы работаете в сфере медицины на уровне ПМСП? (стаж работы)
  - a) 5 жылға дейін/до 5 лет
  - b) 5-10 жас/5-10 лет
  - c) 10-20 жас/10-20 лет
  - d) 20 жылдан астам/ больше 20 лет
4. Сізде соңғы 5 жылда медициналық біліктілігін арттыру құжаты бар ма?/ Имеются ли у Вас повышение квалификации за последние 5 лет?
  - a) иә, менде бар/да, имею
  - b) жоқ, өткен жоқ/ нет, не проходил(а)
5. Сіздің учаскеңізде халықты қамту көлемі? (терапевтикалық бейіндегі дәрігерлер үшін/ Какой охват населения у Вас на участке? (для врачей терапевтического профиля)
  - a) 1000 дейін/до 1000
  - b) 1000-нан 1500-ге дейін/ от 1000 до 1500
  - c) 1500-ден 2000-ға дейін/ от 1500 до 2000
  - d) 2000-нан көп/ больше 2000
6. Сізде есебіңізде қанша бүйрек созылмалы ауруы бар науқас бар?/ Сколько больных с ХБП у Вас на учете?
  - a) 25 дейін/до 25
  - b) 25-50/25-50
  - c) 50-150/50-150
  - d) 150-ден астам/более 150
  - e) білмеймін/не знаю

7. Пациенттерді диспансерлік есепке қандай сатыда қояды?/ На какой стадии пациента ставят на диспансерный учет?

---

8. Нефрологқа қашан жолдау бересіз?/ Когда Вы даете направление к нефрологу?

- a) креатинин артқан кезде/при повышении креатинина
- b) СКФ төмендеген кезде/ при снижении СКФ
- c) несептегі өзгерістер кезінде/при изменениях моче
- d) АҚ, ГД жоғарылаған кезде/ при повышении АД, ГД
- e) басқа/другое

9. Нефропротективті терапия дегеніміз не?/ Что включает в себя нефропротективная терапия?

- A) АГ түзету/ коррекция АГ
- b) АӨФ тежегіштері/ингибиторы АПФ
- c) амин қышқылдарының кетоаналогтарын тағайындау/назначения кетоаналогов аминокислот
- d) қатар жүретін ауруларды емдеу/лечение сопутствующих заболеваний
- e) жоғарыда аталғандардың барлығы/все вышеперечисленное

10. БСА диспансеризациялаудың мақсаты қандай?/ Какая цель диспансеризации с ХБП?

- a) науқас өлмеуі үшін/чтобы пациент не умер
- b) БСА прогрессия қарқынын баяулату/замедлить темп прогрессирования ХБП
- c) гемодиализге уақытында жіберу/вовремя направить на гемодиализ
- d) БСА ерте сатысында анықтау/выявление ХБП на ранней стадии

11. Сіз өз жұмысыңызды қызықты деп санайсыз ба?/ Считаете ли Вы свою работу интересной?

- a) иә/да
- b) толық көлемде емес/не в полной мере
- c) жоқ/нет

12. Сіз өз жұмысыңызды қалай бағалайсыз?/ Как Вы оцениваете свою работу?

- a) маған ұнайтын жұмыс, ол қанағат әкеледі/Работа мне нравится, она приносит удовлетворение
- b) маған ұнайды, табыс деңгейі қанағаттандырады/Работа мне нравится, удовлетворяет и уровень заработка
- c) маған жұмыс ұнайды, бірақ табыс деңгейі тым төмен/ Работа мне нравится, но слишком мал уровень заработка
- d) маған жұмыс ұнамайды, бірақ табыс деңгейі тартады/ Работа мне не нравится, но привлекает уровень заработка
- e) маған жұмыс ұнамайды, табыс деңгейі аз/Работа мне не нравится, и мал уровень заработка

13. Сіздің ойыңызша, дәрігердің жұмысы бағаланады ма?/ Как вы считаете, работа врача ценится по достоинству?

- a) иә/да
- b) толық көлемде емес/ не в полной мере
- c) жоқ/нет

Неліктен екенін түсіндіріңіз \_\_\_\_\_

14. Кәсіби қызметті жүзеге асыру барысында мотивтердің әрқайсысы сізді қаншалықты итермелейтінін көрсетіңіз (1-фактор ең көп әсер етеді, 5-фактор ең аз мәнге ие)/ Укажите, в какой степени каждый из мотивов движет Вами в процессе осуществления профессиональной деятельности (1-фактор влияет сильнее всего, 5-фактор имеет наименьшее значение)

*Әр жауап блогында бір жауапты таңдаңыз/ Выберите один ответ в каждом блоке ответа*

Материалдық сыйақы/Материальное вознаграждение

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Кәсіби даму және мансаптық өсу/ Профессиональное развитие и карьерный рост

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Әлеуметтік қорғалу/Социальная защищенность

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Сіздің айлық табысыңыз сізді қанағаттандырады ма?/ Устраивает ли Вас ваш месячный доход?

- a) иә/да
- b) толық емес/не в полной мере
- c) жоқ/нет

16. Сіз біліктілікті арттыруға ұмтыласыз ба?/ Стремитесь ли Вы к повышению квалификации?

- a) иә/да
- b) жоқ/нет

Неліктен екенін түсіндіріңіз/Объясните, почему \_\_\_\_\_

17. Сіз өз біліктілігіңізді қалай арттырғыңыз келеді?/ Каким образом Вы хотели бы повысить свою квалификацию?

- a) негізгі қызметтен бөлек уақытта/с отрывом от основной деятельности
- b) негізгі қызметпен бірге/без отрыва от основной деятельности
- c) өздігінен білім алу/самообразование

18. Сіздің біліктілікті арттыруға деген ұмтылысыңыз басшылық тарапынан ынталандырыла ма?/ Поощряется ли руководством Ваше стремление к повышению квалификации?

- a) иә/да
- b) жоқ/нет

19. Ынталандырудың әртүрлі әдістері (материалдық, моральдық, әлеуметтік қамсыздандыру) жұмыс сапасына әсер етеді деп ойлайсыз ба?/ Как Вы считаете, различные методы стимулирования (материальные, моральные, социальные обеспечение) оказывают влияние на качество работы?

- a) иә/да
- b) жоқ/нет

20. Сіз БСА бар науқастарды анықтауға және жүргізуге ынталысыз ба?/ Мотивированы ли Вы на выявление и ведение больных с ХБП?

- a) Иә/да
- b) жоқ/нет
- c) білмеймін/не знаю

21. Дәрігерлерді ынталандыруына қатысты ұсыныстарыңыз?/ Ваше рекомендации касательно мотивации врачей?

---

**ҚОСЫМША Б**  
**БҮЙРЕК СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ БАҒАЛАУ**  
**ИНДИКАТОРЛАРЫ**

1. **БСА 3-сатысында ерте есепке алу (100%-ға ұмтылу) =**  
БСА 3-сатысында алғаш рет анықталғандар / БСА бар пациенттердің жалпы саны \*100
  
2. **Нефропротективті терапия алатын пациенттер саны (100%-ға ұмтылу) =**  
Нефропротективті терапия қабылдайтын пациенттер саны / БСА бар пациенттердің жалпы саны \*100
  
3. **Пациенттерді БАТ-қа уақтылы жіберу (100%-ға ұмтылу) =**  
Уақтылы БАТ-қа жіберілген пациенттер саны / БАТ-қа жіберілген пациенттердің жалпы саны \*100
  
4. **БСА анемиямен ауыратын пациенттердің үлес салмағы (0-ге ұмтылу, 30%-дан аспау) =**  
БСА анемиямен ауыратын пациенттер саны / БСА бар пациенттердің жалпы саны \* 100
  
5. **Протеинуриямен ауыратын науқастардың үлес салмағы (1г /л-ден асады) (0-ге ұмтылу, 30%-дан аспау) =**  
Протеинуриямен ауыратын пациенттер саны / БСА бар пациенттердің жалпы саны \*100

**ҚОСЫМША В**  
**БСА АЛДЫН АЛУ МЕН АНЫҚТАУ АЛГОРИТМІ**



Бүйрек зақымдануының маркерлері деп бүйрек тінінде патологиялық процестің болуын көрсететін клиникалық және зертханалық тексеру кезінде анықталған кез келген өзгерістер:

- Альбуминурия/протеинурияның жоғарылауы;
- Қан мен зәрдің электролиттік құрамының өзгеруі;
- Сәулелік зерттеу әдістеріне сәйкес бүйректің өзгеруі;
- ШСЖ 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>-ден төмен тұрақты төмендеуі;