

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ

Медицина факультеті

Қолжазба құқығында

Жусипалиева Бану Уланқызы

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬДЫ АЙМАҚТЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР
НАУҚАСТАРДА ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ
АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ОҢТАЙЛАНДЫРУ
ЖОЛДАРЫ

«6M050700 - Менеджмент (Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент)»
(классификатор бойынша даярлау бағытының коды мен атауы)

«Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент» білім беру бағдарламасы бойынша
медицина ғылымдарының магистрі дәрежесін алу үшін магистрлік жоба

Ғылыми жетекшісі: Кабел PhD, доцент м.а. Садыкова К.Ж.

Магистрлік жоба қорғауға жіберілді: «27» 05 2021 ж.

Факультет деканы: Мам (қолы) И.С. Мағрашев
(Т.А.Ә., ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы)

Түркістан, 2021 ж.

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

ИНСТИТУТ КАЗТЕП

Қолжазба құқығында

Жусипалиева Бану Уланқызы

МАГИСТРЛІК ЖОБА ТАҚЫРЫБЫНЫҢ АТАУЫ

**Гастродуоденальды аймақтың патологиясы бар науқастарда өмір
сапасын бағалау және амбулаториялық-емханалық көмектің
оңтайландыру жолдары**

«6M050700 - Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент»
(классификатор бойынша даярлау бағытының коды мен атауы)

«Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент» білім беру бағдарламасы бойынша
медицина ғылымдарының магистрі дәрежесін алу үшін магистрлік жоба

Ғылыми жетекшісі: _____ PhD, доцент м.а. Садыкова К.Ж.
(қолы) (Т.А.Ә., ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы)

Магистрлік жоба қорғауға жіберілді: « _____ » _____ 20 ____ ж.

Кафедра меңгерушісі: _____ (қолы) _____ (Т.А.Ә., ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы)

Түркістан, 2021 ж.

Магистрлік жобаның мазмұны

Мазмұны	2
Нормативтік сілтемелер	3
Белгілер мен қысқартулар	4
Кіріспе	5
1 Әдебиеттерге шолу	8
1.1 Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының эпидемиологиясы	9
1.2 Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерге амбулаториялық-емханалық көмектің жағдайы	13
1.3 Гастроэнтрологиялық патология кезінде өмір суру сапасын бағалаудың маңыздылығы	16
2 Зерттеу әдістері	20
2.1 Зерттеудің жалпы сипаттамасы	20
2.2 Жалпы клиникалық зерттеу әдістері	20
2.3 Зерттеудің статистикалық әдістері	22
3 Зерттеу нәтижелері және талдау	21
3.1 Түркістан өңірінде 2015-2019 жылдар аралығында гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара патологиясы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың сипаттамасы	24
3.2 Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара патологиясы бар пациенттерде өмір сапасын бағалау	25
3.3 Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жаралы патологиясы бар пациенттерде амбулаторлық-емханалық көмектің және диспансерлік бақылаудың оңтайландыру мүмкіндіктерін талдау	35
Қорытынды	43
Пайдаланылған әдебиеттер тізімі (жобада пайдаланылған әдебиеттер тізімі)	48

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы жұмыста келесі стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

1. Қазақстан Республикасының "Білім туралы" заңы (27.07.2007 ж.)
2. ҚР МЖМБС 5.04.033-2011 "Жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру-магистратура. Негізгі ережелер". 17.06.2011 ж.
3. Жоғары оқу орындарында білім алушылардың үлгеріміне ағымдық бақылау, аралық және қорытынды аттестаттау жүргізудің үлгі ережесі. Бұйрық ҚР БҒМ 18.03.2008 ж. № 125 (өзгертулер және толықтырулармен 16.03.11 № 94)
4. ГОСТ 7.1 – 2003. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.
5. УЕ-ХҚТУ-062-2019 Жоғары білім кейінгі білім беру бағдарламалары бойынша диссертация/жоба дайындау туралы ережесі

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

НР	Helicobacter pylori
Ig	Иммуноглобулин
АЖА	Асқорыту жүйесінің аурулары
АОЖА	Асқазанның ойық жара ауруы
АҚ	Артериалық қысым
АР	адренорецептор
ВЖЖ	Вегетативті жүйке жүйесі
ДАҚ	Диастоллықартериалық қысым
ЖСС	Жүрек соғу жиілігі
ОЖА	Ойық жара ауруы
ПНС	Парасимпатикалық жүйке жүйесі
СҚА	Сирек қайталамалы ағым
САД	Систолалықартериалық қысым
САЖ	Симпато-адреналды жүйе
СЖЖ	Симпатикалықжүйке жүйесі
ҮҚА	Үдемелі қайталамалы ағым
ҰОЖА	ұтабардың ойық жара ауруы
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ӨСС	Өмір сүру сапасы

КІРІСПЕ

Ас қорыту жүйесі патологиясының арасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары жетекші орын алады. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының мәселесі әр түрлі жастағы адамдар арасында жоғары деңгейдегі кездесу жиілігіне, сондай-ақ, асқынулардың даму қауіпіне байланысты, өз өзектілігін сақтайды [1].

Қазіргі таңда әлемнің түрлі аймақтарында аталған патологиялар бойынша аурушандық 12,5-тен 34,2% - ға дейін жетеді [2,3]. Рецидивтеуші ағымның және асқынулардың дамуына, науқастардың ұзақ еңбекке жарамсыздығына, соның салдарынан елеулі экономикалық шығындардың болуына байланысты қышқылға тәуелді гастродуоденальды аймақтың эрозивті қазіргі медицинаның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

Біздің Республикамызда гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жара аурулары бойынша айтарлықтай күрделі жағдай сақталуда. Қазақстан Республикасының мемлекеттік статистикалық есеп беру нысандарына сәйкес 2017 жылы аурушандық көрсеткіші 106,7 болды, ал 2018 жылы – 100 000 адамға шаққанда 110,0 болды [4,5].

Әдетте ауруды анықтауда жалпы қабылданған тәсіл болып зерттеу барысында алынған клиникалық және зертханалық-аспаптық деректердің жиынтығын бағалау болып табылады. Мұндай стратегия алғашқы дербестендірілген ауруды алдын алу стратегиясын қалыптастыру кезінде жеткіліксіз болады, себебі ауру қалыптасқаннан кейін орын алып, қазіргі қажеттілікке сәйкес патологияны индивидуальды тұрғыда алдын алу талаптарына жауап бермейді.

Соңғы жылдары емдеу тиімділігін анықтау мақсатында клиникалық зерттеулерде жаңа әдіснамалық тәсілге - өмір сапасын бағалауға ерекше назар аударады. "Өмір сапасы" ұғымы оның субъективті қабылдауына негізделген зерттелетін адамның физикалық, психологиялық, эмоционалды және әлеуметтік міндеттерін интегралды сипаттамасы ретінде қарастырылады.

ДДҰ зерттеу тобы өмір сүру сапасына нақты анықтама берді және оны медициналық көмектің тиімділігі мен сапасын бағалау критерийі, "емдеудің жеткіліктілігі", яғни пациент үшін қолайлы өмір сүру деңгейіне жету қажеттілігі ретінде қолдануды ұсынды. Сонымен қатар, емдеудің тиімділігі оңтайлы емдеу нәтижесінде денсаулықты жоғалтудың алдын алу деп түсініледі. ДДҰ сарапшыларының пікірінше, емдеудің тиімділігін науқастардың өмір сүру сапасын емделгенге дейін және одан кейінгі сау адамдармен салыстырғанда зерттеу арқылы өлшеуге болады. Қазіргі таңда адамның өмір сапасы қоғамдағы жағдайына сәйкес жұмыс істеу және өмірден қанағаттану қабілеті ретінде түсіндіріледі. Мысалы, өмір сапасын зерттеу емнің сәйкестігін және оның тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді. Науқастың өмір сүру сапасын және физикалық жағдайды өзгеруін көрсететін ем шаралар сәйкестігін дәстүрлі критерийлері толық түсінік бермейтіндіктен,

емнің нәтижелерін болжаудың қарапайым және нақты әдістерін жасаған жөн.

Халықты сауықтыру, созылмалы медициналық-әлеуметтік мәні бар ауруларды алдын алу барлық индустриялық дамыған елдерде басым міндеттердің бірі болып саналады. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласы созылмалы медициналық-әлеуметтік мәні бар ауруларды алдын алуға көп мән беруде. Бастапқы профилактиканың негізгі міндеті қандай да бір патологияның даму қауіп-қатері факторларды анықтау және бақылау болып табылады. Медициналық көмекке жүгіну бойынша сырқаттанушылықты талдау нәтижесінде пациенттердің басым саны аурудың белгілері өмір сапасына әсер ете бастаған кезде ғана медициналық көмекке жүгінетінін көрсетті, осы себептен тәуекел факторларын дер кезінде анықтау және оларды жою маңызды. Барлық қауіп факторлары түзетілетін және түзетілмейтін топтарына бөлінеді. Атап айтқанда, жынысы, жасы, генетикалық бейімділік сияқты факторларды коррекциялауға болмайды, алайда өмір салты, тамақтану ерекшеліктері, зиянды әдеттердің болуы, стресстің әсері және т. б. коррекцияланатын факторларды өзгертуге болады. Аталмыш патологияда бастапқы буын терапевтерінің міндеті ерте диагностикамен, асқынуларды емдеумен қатар екінші реттік профилактика, яғни асқынулардың алдын алу, болып табылады. Екінші реттік алдын алу емделушілерді диспансерлік бақылау кезінде неғұрлым сенімді түрде қамтамасыз етіледі [6]. Бүгінгі күні пациенттердің осы тобын диспансерлік бақылау технологиясы толықтыруды талап етеді, гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының қауіп факторлары бар пациенттерді бақылау бойынша ұсынымдар жоқ. Аталған мәліметтерге сәйкес гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары кезінде алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайландыру жолдарын тәуекел факторларын ескере отырып қарастыру және ұсыну өте маңызды мәселе болып табылады.

Зерттеу мақсаты:

Түркістан аймағының гастродуоденальды аймақтың эрозивті патологиясы бар науқастарда өмір сапасын бағалау және алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайландыру жолдарын қауіп факторларын ескере отырып қарастыру және ұсыну.

Зерттеу міндеттері:

1. 2016-2019 жылдар аралығында Түркістан өңірі халқы арасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы ауруларының таралуын зерттеу
2. 2017-2019 жылдар аралығында гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы ауруы бойынша диспансерлік бақылауға тіркелген пациенттерде өмір сапасын SF-36 сауалнамасы арқылы бағалау.

3. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы аурулары бар пациенттерде өмір сапасын бағалау арқылы емнің тиімділігін анықтап алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайландыру жолдарын қарастыру және ұсыну

Ғылыми жаңалығы

Гастродуоденалды аймақтың жаралы-эрозиялы патологиясы бар пациенттерде өмір сүру сапасын бағалауда анықталған өзгерістері диспансерлік бақылау барысында физикалық, психологиялық және әлеуметтік бұзылуларды түзету қажеттілігін көрсетті.

SF-36 сауалнамасы емхана жағдайында гастродуоденалды аймақтың жаралы-эрозиялы патологиясы бар пациенттерде өмір сүру сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

Алынған мәліметтер осы әдістерді қолдана отырып, гастродуоденалды аймақтың жаралы-эрозиялы ауруларына шалдыққан науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін, емдік шараларға комплайенс деңгейін жоғарлату, ремиссияны ұзартып, рецидивтерді алдын алу мақсатында ұзақ мерзімді диспансерлік бақылау жүргізу және гастромектеп ресурстарын қолдануға ұсыныс әзірлеуге мүмкіндік берді.

Тәжірибелік ұсыныстар

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы аурулары бар пациенттерде өмір сүру сапасын төмендеуі белсенді әлеуметтік бейімделуге және жұмыс істеуге кедергі болып табылатындықтан ем нәтижесін бағадауда және бақылау жоспарын құру барысында осы универсальды қарапайым өмір сапасын бағалау әдісін қолданған тиімді.

Амбулаториялық - емханалық этапта бастапқы превентивті шараларын жүргізу үшін гастродуоденальды жаралары бар пациенттерді қауіп факторлары бойынша стратификация жасау керек, өмір сүру сапасын бағалап дұрыс болжам жасау маңызды. Сонымен қатар, рецидивтер қайталанатын және рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағымымен сипатталатын гастродуоденальды жараларға шалдыққан пациенттерді жеке қауіп тобына бөлініп ақпараттану және комплайенс жоғарлату мақсатында диспансерлік бақылау барысында міндетті түрде гастромектеп ресурстары қолданылуы тиіс.

Жоба материалдарының апробациясы.

Жұмыстың негізгі ережелері мен нәтижелері республикалық ғылыми журналда баяндалды.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы

Диссертация компьютерлік мәтіннің 52 бетінде жазылған, кіріспеден, әдебиеттерді шолудан, зерттеу материалдары мен әдістерінен, зерттеу нәтижелерінен, қорытындыдан, практикалық ұсыныстардан, әдебиеттер

тізімінен тұрады. Жұмыс 4 кесте және 11 суретпен безендірілген. Әдебиеттер тізімі 68 данадан тұрады.

Негізгі бөлім

1 Әдебиеттерге шолу

1.1 Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының эпидемиологиясы

Гастрит, функционалды асқазан диспепсиясы және ойық жара ауруы сияқты ас қорыту жүйесінің аурулары бүкіл әлемде таралған [1-3]. Аталған аурулар көп жағдайда, әдетте, өмірге қауіп тудырмауы мүмкін, бірақ олар айтарлықтай пациенттердің өмір сүру сапасын (ӨСС) нашарлату мүмкін. Асқорыту жүйесінің бұл аурулары денсаулық сақтау жүйесі үшін өте маңызды, себебі өте кең таралған, адамның күнделікті іс-әрекетіне кедергі келтіруі мүмкін және елеулі әлеуметтік, сонымен қатар, экономикалық ауыртпалығы жоғары. Мысалы, Америка Құрама Штаттарындағы асқазан ойық жарасының (АОЖ) таралуы 10%-ға жуық және олардың өмір бойы емдеуге арналған жыл сайынғы шығыстар АҚШ-да 5,7 миллиард долларға бағаланды [1]. Осылайша, бұл аурулардың денсаулық сақтау жүйесіне айтарлықтай әсерін бар екенін білдіреді [7,8].

Соңғы онжылдықта асқазан жарасы бойынша жоспарлы хирургиялық араласулардың санының азайуы тұрақты тенденциясы байқалды, бұл консервативті емдеудің сөзсіз жетістіктерін растайды (Греясеев В. И. және басқалар., 2015; Черновский В.Г. және басқалар, 2013).

Алайда, алғаш рет анықталған гастродуоденальды жаралары бар науқастардың саны Ресейде тек 2006 жылы 10-12 млн. (ересек халықтың кемінде 8% - ы) екенін ескере отырып, ал асқыну жиілігі бойынша тек перфорация 10 - 15% құрайды, ал пациенттердің 40-50% - ында бұл аурудың асимптоматикалық ағымы орын алуда. Сонымен қатар, гастроэнтерология және фармакологияның қазіргі заманғы жетістіктеріне қарамастан, гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының асқынған формалардың пайызы бұрынғы деңгейде сақталып тұр (Маслов А. И. және басқалар., 2012). Осылайша, гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларын толық емдеу және гастродуоденальды аймақтың жараларының асқынуларының қауіпін азайту бойынша медициналық терапияға артқан үміт толығымен ақталмады. Жазылған жаралар 60 - 90 % емделушілерде рецидив береді, 50 - 60 % жағдайда қан кету, пенетрация, стеноз сияқты асқынулар дамиды (Власовский А. П. авт., 2015; Кукошин М. В. және басқалар) шұғыл түрде орындалған асқазан резекциясынан кейін ойық жаралардың қайталануы көрсеткіштері 43% - ға жетеді, ал тігуден кейін - 90 % (Мартынов Ю. Б. және басқалар., 2011). Сондықтан гастродуоденальды жараларды хирургиялық емдеу мәселесі және қазіргі уақытта оның нәтижелерін бағалау үлкен медициналық және әлеуметтік-экономикалық маңызға ие, өйткені операциялардың нәтижелерін болжау келесі кезектегі асқынуларды алдын

алу және емдеу іс-шараларын ғылыми тұрғыдан негіздеп ұйымдастыру үшін аса маңызды.

Ойық жара ауруы (ОЖА) - гастродуоденальды аймақтың жиі кездесетін патологияларының бірі болып табылады (Габбасова Л.В. және басқалар., 2017). Қазіргі уақытта асқазан (АОЖА) мен он екі елі ішек (ұлтабар) ойық жара ауруының проблемасына (ҰОЖА) қызығушылық айтарлықтай өсті (Альтман Н.С., 2015, Мамаев И.В. және басқалар., 2015). Айта кететін жағдай, бүкіл әлем халқының, әсіресе ересек жастағы пациенттердің арасында аурудың қазіргі тенденциялары әртүрлі бірлескен патологиясы бар науқастар санының артуымен және бір науқаста үш немесе одан да көп созылмалы аурулардың болуымен сипатталады. Коморбидті патологияның болуы ОЖА дамуына айтарлықтай үлес қосады, оны емдеудің қиындықтарын туғызады. Әр түрлі жастағы топтардағы пациенттерде белгілі бір патогенетикалық ерекшеліктері мен клиникалық және морфологиялық көріністері бар екендігі сөзсіз (Lee S. P. et al., 2017). Көбінесе ересек жастағы адамдарда гастродуоденальды жаралар қант диабеті, жүрек-тамыр жүйесінің патологиясы, атап айтқанда, артериялық гипертензия, жүректің ишемиялық ауруы, сондай-ақ созылмалы ми ишемиясымен қосарланып дамиды. Егде жастағы топтардағы пациенттерде гастродуоденальды аймақтың созылмалы және алғаш пайда болған ауруларының клиникалық көрінісі жиі өзгереді, сондықтан симптомдардың азаюы немесе инверттелуі мүмкін, бұл көбінесе дәрігерлерді адастырады (Scarpignatto F., Fuorini N., 2018). Егде жастағы адамдардағы АОЖА және ҰОЖА клиникалық көрінісінің аз симптоматикалық және асимптоматикалық болуы жиі осы патологияның ауыр, күрделі ағымымен сипатталады (Милушин Р. Н. және басқалар., 2014). Қазіргі кезеңде гастродуоденальды жаралардың этиопатогенезі көп факторлы тұрғысынан қарастырылады. Қазіргі уақытта, өздеріңіз білетіндей, патогенезін түсіндіретін жетекші теория асқазан сөлінің қышқыл-пептический агрессиясының факторларының асқазан немесе ұлтабар шырышты қабығының қорғаныш мүмкіндіктеріне сәйкес келмеуі болып табылады. Сонымен қатар, егде жастағы топтарда басқа факторлардың рөлі артады, атап айтқанда гипоксия, липопероксидация, қанның липидті құрамының бұзылуы. Заманауи медицинаның өзекті мәселелерінің гастродуоденальды жаралардың терапиясының тиімділігін арттыру және осы патологияның қайталануын болдырмау. Көбінесе эрадикациялық терапияны (ЭТ) сәтті жүргізгеннен кейін асқазан және ұлтабар қабыну инфильтраты сақталады, нәтижесінде аурудың клиникалық симптомдарының қайталануы мүмкін, бұл динамикада және ұзақ терапияда тұрақты бақылауды қажет етеді. Соңғы жылдары асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөлігінің *Helicobacter pylori* (HP)-мен байланысты патологиясының негізгі проблемаларының бірі, зерттеу жүргізу кезінде және тәжірибеде, эрадикациялық терапияның тиімділігінің біртіндеп төмендеуі болып табылады, әсіресе ересек жастағы адамдарда және коморбидтілік патология жағдайында (Cheg W. D., Leonardis G. I., 2017).

Созылмалы гастрит - ауыр және қауіпті аурулардың бірі. Әлем халқының жартысынан көбі белгілі бір дәрежеде осы аурудан зардап шегеді деп болжауға болады, бұл бүкіл әлемде жүздеген миллион адамдардың да созылмалы гастриттің қандай-да бір түрінің болуы мүмкін екенін көрсетеді. Клиникалық тәжірибеде созылмалы гастриттер ауыр ауру ретінде маңызы айтарлықтай бағаланбайды, дегенмен гастриттің асқазан ойық жарасы мен асқазан қатерлі ісігінің патогенезіндегі рөлі айқын [9]. Созылмалы гастриттің салдары ретінде жыл сайын әлемде қатерлі ісік пен ойық жара салдарынан миллиондаған мезгілсіз өлім болуы мүмкін деп болжауға болады. Созылмалы гастрит атрофиялық емес немесе атрофиялық түрінде көрінеді. Бұл гастриттің формалары мен фенотиптері, олар өмір бойы бірдей аурудың әртүрлі кезеңдерін білдіреді [10,11]. Гастриттің морфологиялық көріністері бүкіл әлемде өте ұқсас, яғни созылмалы гастрит оның салдарымен бүкіл әлемде бірдей бұзылыс болып көрінеді. Созылмалы гастрит 20 ғасырдың алғашқы онжылдықтарынан бері белгілі және зерттелген, бірақ 1982 жылы Уоррен және Маршаллмен *Helicobacter pylori* ашылғаннан кейін көбірек назар аударды [12,13]. Бактерия көптеген жағдайларда гастриттің себебі болып табылатыны белгілі болды, аутоиммундық гастриттерден бөлек [14]. Демек, созылмалы гастритті *Helicobacter pylori* эрадикациясы арқылы емдеуге болатындығы белгілі болды, бұл асқазанның шырышты қабығының жағдайын қалыпқа келтіреді, әрине, атрофиялық гастриттің соңғы сатыларға дейін дамымаған жағдайларда [15,16]. Алайда, созылмалы гастриттің негізгі себептерімен патогенездік механизмдері белгілі болғанына қарамастан, қазіргі таңда жауабы жоқ бірнеше сұрақтар туындайды

Мысалы, аутоиммунды процесстердің немесе генетикалық факторлардың гастриттердің дамуындағы ролі толығымен белгілі емес. Созылмалы гастриттің дамуындағы молекулалық механизмдердің, диета сияқты қоршаған орта факторларының ролі және *H. pylori* дан бөлек микроорганизмдердің ролі анықталмаған және көп сұрақ тудырады. Қандай жағдайда созылмалы гастрит атрофиялық процестің соңғы сатыларына алып баратындығын немесе нәтижесінде қатерлі ісік дамуын болжау қиын.

Қатерлі ісік және асқазан ойық жарасы (стероидты емес қабынуға қарсы препараттардан туындаған жараларды қоспағанда) *H. pylori*-мен байланысты созылмалы гастриттің ең ауыр аурулар болып табылады [17]. *H. pylori*-дің сәтті эрадикациясы жараның қайталануын болдырмайды, сонымен қатар қатерлі ісіктің алдын алады деп болжамданады [18,19]. Асқазан ойық жарасы мен қатерлі ісік *H. pylori* гастритымен ассоциациясына қарамастан, бұл байланыстарда қатысты айтарлықтай айырмашылықтар бар. Мысалы, он екі елі ішектің ойық жарасы (ҰОЖА) әдетте атрофиялық емес *H. pylori* гастриты бар адамдарда кездеседі. Екінші жағынан, асқазан жаралары көбінесе гастрит фенотиптерімен байланысты. Асқазанның қатерлі ісігі, атап айтқанда ішек түрі, гипохлорлы немесе ахлорлы асқазаны бар науқастарда байқалады және

әсіресе атрофияның кеш сатысы бар науқастарда антральды бөлікте және денеде пайда болуы мүмкін [22,23]

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының – бұд созылмалы қайталанатын аурулар тобы, бұл кезде гастродуоденалдық аймақта секреторлы - трофикалық процестерді реттейтін жүйке және гуморалдық механизмдердің бұзылулары нәтижесінде жара (сирек-екі жара және одан да көп) пайда болады. Шынайы жиілік анықталмаған. Көбінесе ерлер жиі ауырады, 4-7 есе әйелдерге қарағанда. Қала халқы арасында ОЖА ауыл тұрғындарына қарағанда 2-3 есе жиі тіркеледі. Асқазаннан дуоденальды локализация басым болып 4: 1 қатынасты құрайды [24].

Helicobacter pylori ашылып эрадиациялық терапия қолданылғанымен қазіргі таңда деструктивті асқынулар жиілігінің төмендеуінің байқалмауы болып табылады. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар науқастардың 15-25% - да аурудың ағымы қан кетумен, 12-18% - да перфорациямен және пенетрациямен асқынады [25-27].

Оңтүстік Кореяда 2006-2011 жылдар аралығында жүргізілген зерттеуде перфоративтік жаралар бойынша жасалған операциялардан кейінгі асқынулардың дамуына талдау жүргізілді, зерттеу нәтижелеріне сәйкес операциядан кейінгі асқынулар 36,6% құрады [28].

Үндістанда жүргізілген зерттеуге сәйкес жара перфорациясы ең көп таралған хирургиялық төтенше жағдайлардың бірі болып табылады. Жара перфорациясы бойынша операция жасаған 328 пациент 2006 жылғы қараша мен 2008 жылғы маусым аралығында проспективті бақыланды. 28 (8,5%) пациент қайтыс болды, ерлер мен әйелдер арасындағы өлім деңгейі тиісінше 7,9% және 20,7% құрады [29].

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының асқынуларының кездесу жиілігі бойынша мета-анализ жүргізілді, ол 93 зерттеуді қамтыды. Осы зерттеу нәтижелері бойынша жүз мың адамға шаққанда ойық жаралы қан кету мен перфорацияның жыл сайынғы жиілігі 19,4–57,0 және 3,8-14,0 құрады. Қан кетудің 7 күндік қайталануы 12,9 %, ал перфорацияның қайталануы 11,9 % құрады. 30 күндік орташа өлім-жітім қан кетуден кейін 8,8 % және перфорациядан кейін 23.5 % құрады [30].

Россияда жыл сайын гастродуоденалды аймақтың эрозивті-жара аурулары -мен ауыратын пациенттердің 15-нан 35% - ға дейін әртүрлі себептерге байланысты оперативті емді қажет етеді, соның ішінде консервативті терапияның сәтсіздігіне байланысты көптеген науқастарда рецидив қан кетудің, перфорацияның, стеноздың дамуымен қатар жүреді, бұл өз езегінде күттірмейтін радикалды оперативті емді қажет етеді, олардың саны соңғы 3-5 жылда екі есе өсті [31,32].

Қазақстан Республикасында гастродуоденалды аймақтың эрозивті-жара аурулары бойынша айтарлықтай күрделі жағдай сақталуда. Қазақстан Республикасының мемлекеттік статистикалық есеп беру нысандарына сәйкес

2006 жылы аурушандық көрсеткіші 102,7 болды, ал 2007 жылы – 100 000 адамға шаққанда 105,0 болды [25-27].

Гастродуоденалды аймақтың эрозивті-жара аурулары әр түрлі жастағы адамдар арасында жоғары деңгейдегі кездесу жиілігіне, сондай-ақ, асқынулардың даму қауіпіне байланысты, өз өзектілігін сақтайды [22]. Әдетте ауруды анықтауда жалпы қабылданған тәсіл болып зерттеу барысында алынған клиникалық және зертханалық-аспаптық деректердің жиынтығын бағалау табылады. Мұндай стратегия алғашқы дербестендірілген ауруды алдын алу стратегиясын қалыптастыру кезінде жеткіліксіз болады [23-25], себебі ауру қалыптасқаннан кейін орын алып, қазіргі қажеттілікке сәйкес патологияны индивидуальды тұрғыда алдын алу талаптарына жауап бермейді [26,27].

Қорыта келе, гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бүгінгі күні кең таралған ауруларға жатады және ас қорыту жүйесі аурулары арасында жетекші позицияны сақтайды. Әлемдік статистиканың мәліметтері бойынша, ересек тұрғындардың 12-18% - ы гастродуоденальды жара ауруларына шалдыққан. Аталған патологияның жиі кездесуі, қайталамалы ағымы, көптеген жағдайларда ұзақ еңбекке жарамсыздық пен мүгедектікке әкелетін асқынулардың болуы бұл ауруды маңызды медициналық және әлеуметтік проблемаларға жатқызуға мәжбүр етеді.

1.2 Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерге амбулаториялық-емханалық көмектің жағдайы

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары шырышты қабығында эрозиялы немесе ойық жаралы ақаудың дамуымен және процестің ас қорыту жүйесінің басқа мүшелеріне таралуымен сипатталатын, асқынулардың өршуіне және дамуына бейім, полициклдік ағымы бар созылмалы қайталанатын ауру. Гастродуоденальды ойық жараларының таралуының жоғары деңгейі сақталады, әр түрлі авторлардың пікірінше, 1000 адамға 10-нан 15-ке дейін жағдай (Валенкевич Л. Н., Яхонтова О.И., 2013).

Соңғы жылдары тұрақты ремиссияны құруға бағытталған тетіктерді іздестіру жүргізіліп жатқанына қарамастан, отандық терапевтік мектептің болжамдары көңіл көншітпейді, себебі асқазан-ішек жолдарының аурулары, әсіресе асқазан мен он екі елі ішектің ойық жаралары өсуде. Мысалы, 1 миллионнан астам адам асқазан жарасы бар науқастар Ресей Федерациясында диспансерлік бақылауда.

Қазақстан Республикасында соңғы жылдары гастродуоденальды ойық жараларымен ауыратын науқастардың абсолюттік санын да, таралу көрсеткіштерінің және 100 мың тұрғынға шаққандағы сырқаттанушылықтың төмендетуге тенденциясы байқалуда. Көрсеткіштердің төмендеуі ОЖА бойынша диагностика және емдеу клиникалық хаттамаларды әзірлеумен және енгізумен байланысты, бірақ ескеретін маңызды жағдай қан кету және

перфорация кездесу жиілігінің ұлғаюу үрдісі сақталуда. Мәселен, жоспарлы операциялар саны төмендегенімен, ОЖА асқынулары бойынша шұғыл операциялар саны 2-3 есеге өсті, атап айтқанда, ресми деректерге сәйкес 1995 жылдан 2004 жылға дейінгі кезеңде жоспарлы операциялар саны 5,2–4,5% пайыздан 2,8-3,0% - ға төмендесе, ал перфорация және қан кету салдарынан шұғыл хирургиялық операциялар саны өсті, бұл 5,3%-дан 7,1%-ға дейін. Соңғы жылдары ұсынылған деректер ОЖА-ның асқынған түрлерінің өсуін көрсетеді. Әдебиеттер деректер бойынша нысандарына сәйкес ойық жарасы бар науқастардың ең ауыр топтарының бірі дәл осы асқынған ағымды ОЖА бар науқастар, асқынулардың даму қаупі бар пациенттер тобы жалпы ОЖА науқастанатын адамдар санынан 1/4 бөлікке дейін құрайды. Кейбір авторлардың мәліметтеріне сәйкес, осы қауіп бар пациенттер тобында хирургиялық жолмен емделуге қажеттілік 20-30% науқастарда анықталады [39-41].

Эпидемиология тұрғысынан *H. pylori* жұқтырудың кең таралуы (халықтың 95% - ға дейін) әлеуметтік-экономикалық төмен елдер үшін популяцияда ауруға ықпал ететін және ойық жарасы бар пациенттерді реинфициялау үшін қолайсыз фон болып табылады [42-43]. Осы санаттағы науқастарда хирургиялық емдеуге нақты қажеттілік тудыратын жағдай және асқынған жаралар санының өсуінің ең маңызды себебі ол *H. pylori* эрадикациясының сәтсіздігі болып табылады. Бұған дәрігердің тиімсіз антихеликобактерлік терапияны таңдау алып келуі мүмкін, мысалы, антибактериалды дәрілер схемасының тиімсіздігі, адекватты емес дозалар мен олардың тағайындалу мерзімінің жеткіліксіздігі, эрадикациялық терапия схемаларындағы Н2-блокаторлар класындағы антисекреторлық препараттар қолдану [44-45]. Бір елеулі асқынған жараның өсу себептері де науқастың өзін-өзі емдеу болып табылады.

Қосымша патология аясында стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер (КҚСД) және басқа да улыцерогенді препараттарды ұзақ пайдалану гастродуоденальды аймақ ауруларының жас шегін кеңейтіп тек қана емес, бірақ асқазан мен ұлтабардың ойық жара ауруының ағымын одан да күшейте түсті. Ал жалғасқан стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер қабылдау НР-инфекцияның сәтті жүргізілген эрадикациясынан кейін де гастродуоденальды аймақтың зақымдануының қайталануына әкеледі [46]. Бұл жағдай терапиялық және хирургиялық бейіндегі дәрігерлер алдында жаңа сұрақтар қояды, себебі ОЖА диагностикасында және науқастарды емдеуде жаңа көзқарас және емдеу тактикасын әзірлеуге мәжбүрлейді.

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларымен жиі және ұзақ уақыт ауыратын науқастар тобын анықтап, амбулаториялық профилактикалық емдеу тәсілдерін жетілдіру және стандарттау өзекті мәселе болып табылады. Қышқылға тәуелді патологиясымен жиі және ұзақ уақыт ауыратын науқастар тобын зерттеу объектісі ретінде таңдаудың себебі қазіргі уақытта ас қорыту жүйесінің осы аталған аурулары қоғамның еңбекке

қабілетті және әлеуметтік белсенді азаматтарында кездесу жиілігі жоғары, сонымен қатар, уақытша және тұрақты еңбекке жарамсыздыққа алып келеді [Мамаев И.В. и соавт., 2011].

Бұл мәселе жиі және ұзақ мерзімді *Helicobacter pylori*-мен байланысқан науқастар үшін өте маңызды: өйткені олардың емдеу, профилактика және диспансеризация амбулаториялық-емханалық жағдайда оңтайлы және заманауи талаптарына жеткіліксіз.

Жыл сайын қарқынды өсуде ұсынылған "Маастрихт консенсусы" схемаларының эрадикациялық терапияға *Helicobacter pylori* резистенттілігі және олардың тиімділігінің төмендеуі Ресей конгрестерінде «қышқылға тәуелді ауруларды, оның ішінде *Helicobacter pylori*-мен астасқан ауруларды» "Мәскеу келісімдері" ретінде танымал гастроэнтерологтардың әзірлеу және бекітуге ықпал етуге және қалыптасуына әкелді (2003; 2004; 2005; 2010 жж.). Ресейдің барлық гастроэнтерологиялық мектептері өкілдерінің қатысуымен, тиімділігі жоғары стандартталған схемаларын әзірлеу маңызды импульс болып табылады, олар үнемі жетілдіріліп, жаңартылып отырады [Василевский Ю.В., 2012 г.]

Сонымен қатар, осы нормативтік құжатты енгізудің тиімділігі көбінесе науқастың өмірінің көп бөлігі байқалатын және емделетін амбулаториялық кезеңінде ұсынылатын қағидаттарды іске асыруға байланысты. Бұл сұрақтары шешілуден әлде қайда алыс, ал *Helicobacter pylori*-мен байланысты қышқылға тәуелді аурулары бар науқастарда, мүлдем зерттелмеген. Бұл мәселені белсенді зерттеп, мақсат пен міндеттерді тұжырымдауға мәжбүр етеді.

Осылайша, қышқылға тәуелді аурулары бар науқастардың амбулаториялық-профилактикалық емдеу, диспансерлеу стратегиялық тәсілдер анықталып нақтылануы тиіс, өйткені Маастрихт ұсыныстар бойынша науқастардың антихеликобактериялық терапия және диагностика қышқылға тәуелді ауруларды аймақтық терапевт және жалпы тәжірибелі дәрігері жүргізуі керек, ал қиындық туындаған жағдайда ғана гастроэнтеролог маман қосылу қажет.

Адамдардың 60%-ында гастродуоденальды аймақтың патологиясын қалыптастыру еңбекке қабілетті жаста басталады, сондықтан науқастарды гастрешколда және диспансерде оқыту пациенттердің мемлекетпен жүзеге асырылатын ауруларды емдеуге және алдын алуға бейімділігін арттыру шараларының кең жүйесінің құрамдас бөлігі болып табылады (Шкатовский Е.Ю., 2014). Ауруларды неғұрлым ерте сатыларда анықтауға және халықтың денсаулығын жүйелі медициналық бақылау жолымен олардың алдын алуға бағытталған диспансерлік әдісті, профилактиканы және емдеуді пайдаланатын денсаулық сақтау жүйесіне маңызды рөл жүктеледі.

Асқазан жарасы кезіндегі өмір сүру сапасының көрсеткіштері бойынша диспансерлік бақылаудың тиімділігін зерттеу мәселесінің өзектілігі пациенттің өзі тиімділікті бағалауы керек екенін растайды.

Бүгінгі таңда кез-келген денсаулық сақтау бастамасының түпкі мақсаты пациенттердің денсаулығы мен әл-ауқатын сақтаумен қатар, сапалы өмір сүруіне қол жеткізу болып табылады.

Созылмалы ағымға және рецидивке, ұзақ мерзімді еңбекке жарамсыздыққа және науқастардың ерте мүгедектігіне әкелетін ауыр асқынулардың дамуына бейімділік осы патологияны ерте диагностикалау мен уақтылы емдеудің медициналық ғана емес, әлеуметтік маңыздылығын да анықтайды.

Көбінесе ауру аз немесе асимптоматикалық болып табылады, бұл процестің тез кешіктірілуін және нәтижесінде ұзақ мерзімді терапияның қажеттілігін түсіндіреді. ДДҰ сарапшыларының пікірінше, мұндай жағдайда науқастың өмір сүру сапасын бағалау өте маңызды. Өмір сапасы-науқастың субъективті қабылдауына негізделген физикалық, психологиялық, эмоционалды және әлеуметтік жұмысының интегралды сипаттамасы болып табылады.

1.3 Гастроэнтерологиялық патология кезінде өмір сүру сапасын бағалаудың маңыздылығы

Науқастардағы өмір сапасының көрсеткіштерін (ӨСС) анықтау қазіргі уақытта әртүрлі аурулар кезінде өте маңызды. ӨСС талдауы науқастың ауруды қалай көтеретінін анықтауға мүмкіндік береді, сонымен қатар емдеу процесінде туындайтын көптеген мәселелерді шешуде маңызды. ӨСС бағалау терапияның жеке схемасы іріктеу кезінде қосымша критерий ретінде пайдаланылуы мүмкін, науқастың жағдайының ауырлық дәрежесін анықтау, емдеу тиімділігін бағалау үшін, әсіресе жан-жақты кеңейтілген клиникалық талдау кезінде, аурулардың бастапқы біріншілік және екіншілік алдын алу іс-шаралардың тиімділігін талдау үшін маңыздылығы жоғары [46].

ӨСС бағалау кезінде жақын және ұзақ мерзімді бағалау аралықтары пайдаланылады. Жақын аралықтар науқастың субъективті сезімдеріне негізделген талдау болып табылады, оларға шағымдар, еңбекке уақытша жарамсыздықтың дамуы, яғни қысқа мерзімдегі ӨСС төмендеуін анықтау жатады. Ұзақ мерзімді параметрлерге пациенттердің өмір сүруі жатады, госпитализация жиілігі, аурудың өршу жылдамдығы, жұмысқа қабілеттіліктің тұрақты жоғалуы және әлеуметтік белсенділіктің жоғалуы, дәрі-дәрмектерге тәуелділік, тұрақты медициналық бақылау қажеттілігі және т.б. [47].

ӨСС талдауы адамның субъективті қабылдауына негізделгенін атап өткен жөн. ӨСС зерттеу әдістері негізінде науқастың өзі физикалық, психикалық, әлеуметтік және экономикалық жағынан әл-ауқатының деңгейін анықтайды, яғни адам өмірінің негізгі салалары туралы негізгі ақпаратты қамтиды. Ол уақыттың өзгеруіне, эндо- және экзогендік факторлардың әсеріне байланысты өзгереді, сондықтан динамикалық бақылау және пациенттердің жағдайын бақылау мүмкін [48-51].

ӨСС - көптеген аспектілерді қамтитын кең ұғым, ол адамның өмір сүру жағдайын және адамның жалпы жай-күйін, оның материалдық және әлеуметтік қамтамасыз етілу деңгейін, зияткерлік қызмет жағдайларын біріктіреді [52]. ДДҰ анықтамасы бойынша ӨСС дегеніміз адамдардың өмірдегі өз жағдайын мәдениет және олар өмір сүретін құндылықтар жүйесінде, мақсаттар, үміттер, нормаларға сәйкес қабылдауы. ӨСС адам үшін маңызды және оның өміріне әсерін тигізетін физикалық, әлеуметтік және эмоционалдық факторлармен анықталады [53]. ӨСС зерттеу әдістемесі адамның әл-ауқатының негізгі параметрлерін анықтаудың қарапайым, ақпараттық құндылығы жоғары және сенімді әдісі болып табылады [54]. ӨСС анықтау кезіндегі негізгі проблемасы оны бағалау барысында объективті де, субъективті де критерийлерді қолдану қажеттілігі болып табылады. Объективті критерийлерге білім деңгейі, жұмыспен қамтылу, табыс, өмір сүру, тамақтану жағдайлары және т. б. жатады. Субъективті критерийлерге өзінің физикалық, психологиялық, әлеуметтік және рухани әл-ауқат, сондай-ақ өз денсаулығының жай-күйінің бағалауы жатады.

Дәрігер үшін ауруды бағалауда клиникалық белгілермен қатар объективті белгілер, зертханалық және аспаптық зерттеулердің нәтижелері маңызды, ал науқас үшін негізгі көрсеткіш оның субъективті сезімдері болып табылады [55]. Осыған байланысты пациенттің жай-күйін тексергенде зертханалық және аспаптық мониторингпен қатар оның өмірінің сапасын бағалаудың қажеттілігі бар [56].

ӨСС бағалаудың негізгі тәсілдеріне келесі әдістер жатады:

- жалпы денсаулығына байланысты (патологияға қарамастан) өмір сүру сапасын бағалау үшін пайдаланылатын сауалнамалар (SIP-Sickness Impact Profile; MOS SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form; MHIQ – McMaster Health Index Questionnaire)

- немесе медицинаның әртүрлі салаларында арнайы пайдаланылатын сауалнамалар (WISP-Well-Being Index for Surgical Patients; FLIC-Functional Living Index Cancer) және белгілі бір аурулар кезінде (AQLQ – Asthma Quality of Life Questionnaire; QLMI – Quality of life after Myocardial Infarction Questionnaire) [57].

- емдеудің тиімділігін анықтау үшін арнайы сауалнамалар, мысалы ауруды емдеудің нақты әдісін бағалауда немесе фармакологиялық препараттарды клиникалық сынақтардан өткізу барысында қолданылады [58].

ӨСС дәстүрлі зерттеулердегі науқасты тексеру әдістемесін айтарлықтай толықтырады, себебі бұл науқастың өз денсаулығына қатысты пікірін тереңірек зерттеуге мүмкіндік береді. Мәселен, субъективті қабылдауға негізделген науқастың физикалық, психологиялық, эмоционалды және әлеуметтік жағдайын сипаттайды [58].

ӨСС критерийі медикаментозды терапияның оңтайлы нұсқаларын іздеген кезде, сондай-ақ, хирургиялық көмектің тиімділігін анықтау үшін

қолданылады. Терапиядан кейін өмір сүру сапасын жақсарту оңтайлы емдеудің тактикасын таңдау критерийі болып табылады.

ӨСС бағалау науқас емделуден кейінгі ерте және ұзақ мерзімді перспективада денсаулық жағдайын бақылау индикаторы ретінде қызмет етеді. Сонмен қатар, ӨСС бағалау аурулардың алдын алу бойынша іс-шаралардың тиімділігін зерделеу кезінде, ауру және оның салдарынан өмірдің әртүрлі аспектілерінің өзгеруіне байланысты пациенттің қанағаттану дәрежесін айқындау кезінде, сондай-ақ, медициналық бақылау процесінің тиімділігін сипаттау үшін пайдалы [59].

Гастроэнтерологиядағы науқастардың ӨСС бағалау үшін әртүрлі мамандандырылған сауалнамалар қолданылады: Gastroesophageal Reflux Questionnaire [60], Gastroesophageal Reflux Disease Health Related Quality of Life Scale, Heartburn Quality of life (гастроэзофагеальды рефлюксі бар науқастарда КЖ бағалауға мүмкіндік береді) [61] Quality of life in peptic disease questionnaire [62] және функционалды немесе жаралы емес диспепсия кезінде қолданылатын Functional digestive disorders quality of life questionnaire [63].

Көптеген жылдар бойы гастроэнтерологиялық тәжірибеде ASTRA Hassle өмір сүру сапасын зерттеу бөлімі әзірлеген GSRS арнайы сауалнамасы (Gastrointestinal Symptom Rating Scale –гастроэнтерологиялық белгілерді бағалау шкаласы) қолданылады. Ол асқазан-ішек жолдарының әртүрлі аурулары бар пациенттердің ӨСС салыстырмалы түрде бағалауға және абдоминальды синдромы, рефлюкс синдромы, сондай-ақ, диспепсия, диарея және іш қату сияқты гастроинтерстициальды синдромдардың ауырлық дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді. Ресейде сауалнаманың орыс тілдегі нұсқасы Санкт-Петербург қаласының 2000 тұрғынында сыналды. Бұл сауалнама сенімді, валидті және сезімтал болып табылады, осыған байланысты гастроэнтерологияда жиі қолданылады. GSRS сауалнамасы Ресей Федерациясында функционалды іш қату, тітіркенген ішек синдромы, гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы бар науқастарда зерттелген [64-65].

Осылайша, гастроэнтерологияда ӨСС зерттеуі науқастың денсаулық жағдайын субъективті қабылдауын анықтайтын сезімтал құрал болып табылады [66]. Сонымен қатар, пациентті бақылаудағы сабақтастықты қамтамасыз етеді, диспансерлік қызметтің тиімділігін арттырады, әртүрлі созылмалы аурулардың әсерін жаңа позициялардан зерттеуге мүмкіндік береді және емдеудің жаңа тәсілдерін сараптауды жеңілдетеді [67].

Қорыта келгенде, бізге қол жетімді әдебиетте гастроэнтерологиялық аурулардың әртүрлі жастағы халық арасында таралуы жоғары дәрежеде сақталуда. Гастроэнтерологиялық ауруларының қазіргі жағдайдағы әлеуметтік жағдайдағы өзгеру динамикасын болжау мүмкіндіктері аз зерттелген. Мұндай деректер асқазан-ішек жолдарының ауруларын, оның гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларын ерте сатыларда диагностикалау, алдын-алу және тиімді бақылау жүргізу үшін амбулаторлық-емханалық денгейде ӨСС бағалаудың әдістерін және критерийлерін зерттеу

қажет. Жоғарыда баяндалғанды ескере отырып, біз зерттеудің мақсаты мен міндеттерін қалыптастырдық.

2 ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеудің жалпы сипаттамасы

Гастродуоденальды аймақтың патологиясы бар науқастарда өмір сапасын бағалау және амбулаториялық-емханалық көмектің оңтайландыру жолдарын зерттеу және ұсыну мақсында ретроспективті зерттеу жүргізілді. Дайындық кезеңінде Түркістан өңірінде гастродуоденальды аймақтың патологиясының таралуы ресми статистикалық мәліметтерге сүйеніп талданды.

1. Бірінші кезеңінде 2015-2019 жылдар аралығында Түркістан өңірі халқы арасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының таралуын зерттелді. 2017-2019 жылдар аралығындағы Кентау қаласының емханасында асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы бойынша диспансерлік бақылауда тұрған пациенттердің ауру тарихына талдау жүргізілді.

2. Екінші кезеңде диспансерлік бақылаудағы пациенттерде ӨСС SF-36 сауалнамасы арқылы бағаланды. Алынған мәліметтерге статистиалық талдау жасалынды. Сараптау нәтижелеріне сәйкес гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерге амбулаториялық-емханалық көмектің оңтайландыру нұсқаулары әзірленді

2.2 Жалпы клиникалық зерттеу әдістері

2017-2019 жылдар аралығындағы Кентау қаласының емханасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бойынша диспансерлік бақылауда тұрған жасы 18-ден жоғары 202 пациент тексерілді.

Зерттеуге қатысқан гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары науқастанатын орта жасы $38,12 \pm 1,64$ жас құрады.

Зерттеуге қатыстыру критерийлері:

- жасы 18- ден жоғары
- эндоскопиялық зерттеу нәтижесімен расталған гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулардың болуы
- гастродуоденальды аймақтың эрозивті аймақтың онкологиялық ауруларын жоққа шығару

Пациенттерден келесі мәліметтер алынды: жынысы, жасы, тұрғылықты жері, ауру өтілі, еңбек қызметімен айналысуға қатысты. Талдау кезінде әр топ пен топшада бағаланған: пациенттердің ақпараттануы, олардың емдеуге бейімділігі, асқыну жиілігі, жағдайдың орташа ұзақтығы. Патология ағымының сипаты туралы, соның ішінде асқыну ауырлығы мен ремиссия ұзақтығы бойынша да бағаланды.

Эрозиялардың және ойық жараның асқазандық локализацияы 88 науқаста (43,6%), он екі елі ішектің локализациясы 114 науқаста (56,4%) байқалды.

Науқастар арасында ойық жараның орташа ұзақтығы (стажы) $6,03 \pm 0,38$ жылды құрады, 28 науқаста алғаш рет жара анықталды. Асқынулар 55 науқаста байқалды (27,3%), оның ішінде 7 науқаста асқынудың 2 түрі байқалды. Асқынулар арасында қан кету 43 адамда (22,04%), перфорация 14 (7,07%) адамда байқалды, 10 науқаста (5,19%) пилорлық стеноз байқалды.

Денсаулыққа байланысты өмірдің спецификалық емес сапасын зерттеуге арналған SF-36 әдістемесі бойынша сауалнама жүргізілді.

Бұл сауалнама аурудың және емдеудің әсерін бағалайтын және осыған байланысты өмір сапасын сипаттайтын 8 факторын анықтайды. Бұл факторлар өмір сапасының ең жалпы және қарапайым емес сандық параметрлерін көрсетеді. Мәндерді есептеу формуласы: (көрсеткіштің нақты мәні-көрсеткіштің ең аз мүмкін мәні):(мәндердің мүмкін диапазоны)-100.

Денсаулықты бағалаудың SF-36 сауалнамасы денсаулыққа байланысты өмір сүру сапасын өлшеудің кең таралған валидтелген әдістерінің бірі. Келесі көрсеткіштер сандық түрде бағаланады және шкалалар "денсаулықтың физикалық компоненті" және "денсаулықтың психологиялық компоненті" деп аталатын екі индикаторға топтастырылған:

I. Денсаулықтың физикалық компоненті (Physical health - PH).

1) Physical Functioning (PF) - физикалық жүктемелердің орындалуын (өзіне-өзі қызмет көрсету, жүру, баспалдақпен көтерілу, ауыр заттарды алып жүру және т.б.). Денсаулық шектейтін дәрежені көрсететін физикалық жұмыс істеу.

2) Role-Physical (RP) - физикалық жағдайдың рөлдік функцияға әсері (жұмыс, күнделікті іс-әрекетті орындау).

3) Bodily Pain (BP) - ауырсынудың қарқындылығы және оның күнделікті іс-шараларға, соның ішінде үйдін және үйден тыс жұмыстарға әсер етуі.

4) General Health (GH) - жалпы денсаулық жағдайы-науқастардың қазіргі кездегі өзінің денсаулық жағдайын және емдеу перспективаларын бағалау

II. Денсаулықтың психикалық компоненті (Mental Health - MH).

5) Vitality (VT) - өміршеңдік (өзі өзінді күш пен энергияға толы немесе, керісінше, таусылған сезімді білдіреді).

6) Social Functioning (SF) - әлеуметтік қызмет, физикалық немесе эмоционалдық жағдай әлеуметтік белсенділікті (қарым-қатынасты) шектейтін дәрежемен анықталады.

7) Role-Emotional (RE) - эмоционалдық жағдайы рөлдік қызметке әсері, эмоционалдық жай-күйдің жұмысты немесе басқа да күнделікті қызметті орындауға кедергі болатын дәрежесін бағалауды көздейді (уақыт шығындарының ұлғаюын, орындалған жұмыс көлемінің азаюын, оны орындау сапасының төмендеуін қоса алғанда).

8) Mental Health (MH) - психикалық денсаулықты өзін - өзі бағалау, көңіл-күйді сипаттайды (депрессияның, мазасыздықтың болуы, жағымды эмоциялардың жалпы көрсеткіші).

Бұл шкалалар көрсеткіштері 0-ден 100 баллға дейінгі пайыздық параметрлерге негізделген. Тестілеу нәтижелерінің интерпретациясы

пайызбен көрсетілген көрсеткіштерге негізделген: 0% - 20% өмір сапасының ен төмен көрсеткіші; 21% - 40% өмір сапасының төмен көрсеткіші; 41% - 60% өмір сапасының орташа көрсеткіші; 61% - 80% өмір сапасының жоғары көрсеткіші; 81%-100% өмір сапасының ен жоғары көрсеткіші. 202 амбулаторлық ауру карталарына (025/у үлгідегі) ретроспективті талдау жүргізілді.

Пациенттерді жас бойынша бөлу ДДСҰ (1995) ұсынымдарына сәйкес жүргізілді: жас (I) - 18-44жас, орта (жетілген) жас (II) — 45-59 жас, егде жастағылар (III) - 60-74 жас, қарлық (қарттар) жас (IV) — 75 жас және одан жоғары.

Кесте 1 - Зерттелген популяцияның жынысы мен жасы бойынша сипаттамасы

Пациенттердің жынысы		Пациенттердің жасы				
		жас	Орта жас	Егде жас	Қарлық (қарт) жас	Жалпы
Ерлер	Абс.	30	54	40	9	133
	%	22,6%	40,6%	30,1%	6,7%	100
Әйелдер	Абс.	13	31	20	5	69
	%	18,8%	44,9%	28,9%	7,4%	100

Асқазанның және ұлтабардың ойық жара ауруының диагнозы эндоскопиялық және морфологиялық зерттеу нәтижесі бойынша расталған [Калинин А. В., 2008]. Эндоскопиялық зерттеу нәтижелері ойық жара өлшемдеріне байланысты келесі жіктемеге сәйкес талданды: өлшемі кіші - диаметрі 0,5 см дейін, орта өлшемді - диаметрі 0,6-1,9 см, ірі өлшемді - диаметрі 2,0-3,0 см және алып немесе өте ірі өлшемді - диаметрі 3,0 см жоғары ойық жара.

Қауіп (тәуекел) факторларын скринингтік зерттеу арнайы әзірленген сауалнама арқылы жүргізілген, мұнда ДДСҰ ұсынған жіктемеге сәйкес гастродуоденалды патологияның даму қауіп факторлары ескерілген. Әлеуметтік факторлар ретінде кәсіби зияндылықтар, ауыр физикалық жүктеменің болуы зерттелді, сондай-ақ, жұмыста және отбасында жүйке-психикалық шамадан тыс жүктеменің болуы. Сонымен қатар, ойық жара ауруы, гастрит және асқазан обыры бойынша тұқым қуалаушылық бейімділіктің, ілеспелі аурулардың болуы бағаланды.

2.3 Нәтижелерді өңдеудің статистикалық әдістері

Зерттеу кезінде алынған барлық деректер вариациялық статистика әдісімен Стьюдент критерийін анықтаумен математикалық-статистикалық

өңдеуден өтті. Таралуы қалыпты жағдайға жақын сандық деректер стандартты ауытқуы бар орташа шама түрінде келтірілген. Статистикалық сенімділік Көрсеткіштер арасындағы айырмашылықта $p < 0,05$ статистикалық сенімділік бар деп саналды. Аллельдер мен генотиптердің жиіліктік таралуын талдаудың шынайылығын χ^2 критерийі арқылы бағалады

Әр түрлі көрсеткіштердің өзара байланысы корреляциялық талдау әдісі арқылы зерттелді. Байланыс күші Спирменнің рангтік корреляциясы өлшемдері бойынша бағаланды: күшті – $r = 0,7$ және одан жоғары, орташа- $r = 0,3-0,7$, әлсіз – $R = 0,3$ және одан төмен. Байланыстардың бағыттылығы корреляция коэффициенттерінің белгісі бойынша бағаланды.

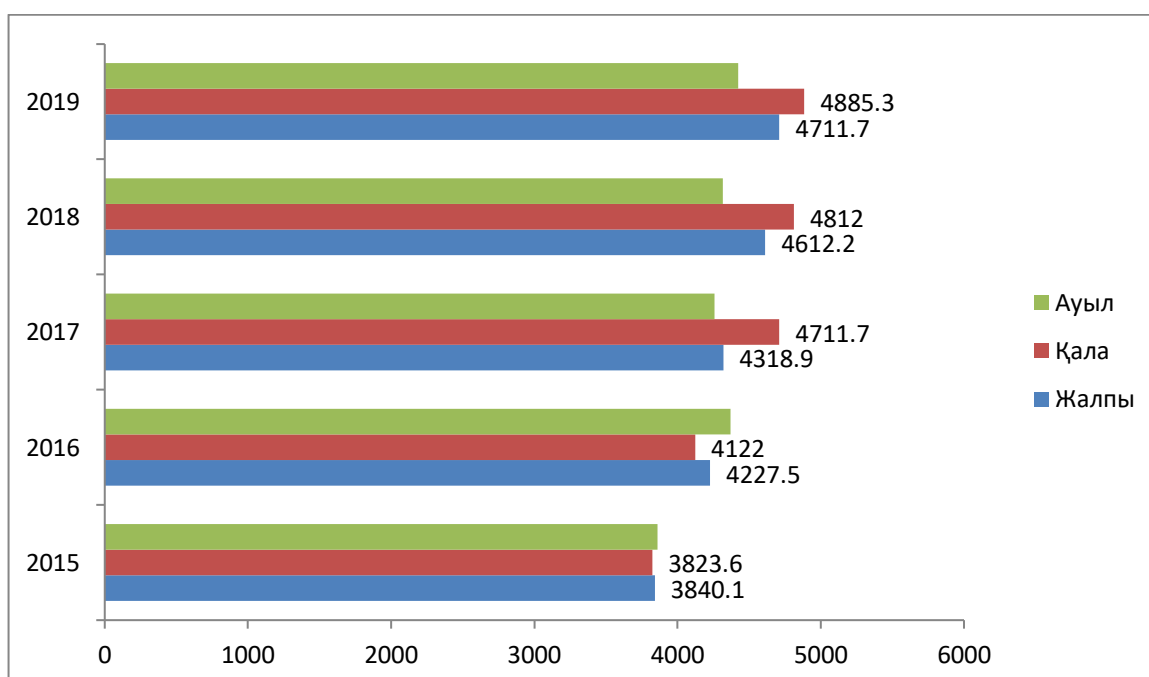
Барлық есептеулер "Excel", "Statistica" және "Biostat" статистикалық талдаудың заманауи пакеттерін қолдану арқылы жүргізілді.

2 ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛДАУ

3.1 Түркістан өңірінде 2015-2019 жылдар аралығында гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара патологиясы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың сипаттамасы

Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара патологиясы кезінде амбулаториялық-емханалық көмекті оңтайландыру мақсатында және тиімді емдік, бақылау және асқынуларды алдын-алу шаралардыылы уақытылы жүргізу мақсатында әр науқаста индивидуальды түрде аурудың ағымын дұрыс болжау өте маңызды, осыған байланысты осы аурудың үздіксіз қайталанатын және асқынған ағымының предикторларын анықтау аса маңызды.

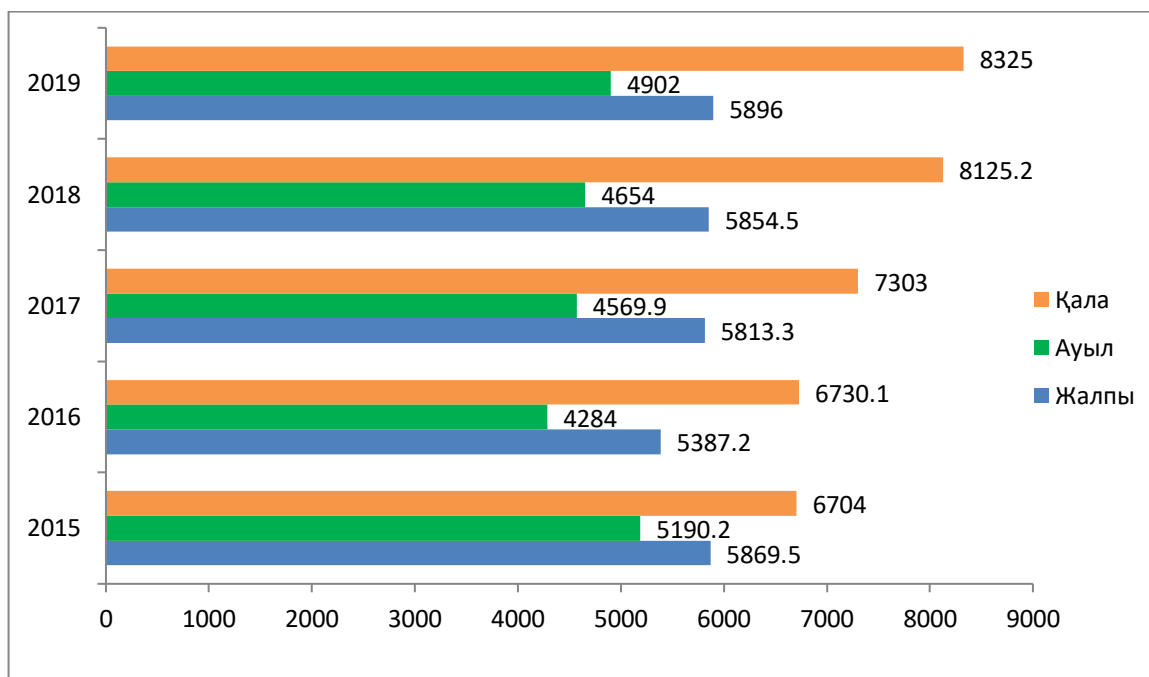
Ғылыми жұмыстың алғашқы кезеңінде 2015-2019 жылдар аралығындағы республика бойынша 100 000 адамға шаққанда, өмірінде алғаш тіркелген ас қорыту жүйесі ауруларына (АҚЖА) шалдыққан адамдардың саның ресми статистикалық деректер бойынша талдандық. Жалпы республика бойынша көрсетілген кезеңде АҚЖА аурушандығының өсуі байқалады, егер 2015 жылы алғаш рет тіркелген АҚЖА саны 100 000 адамға шаққанда 3823,6 құраса, келесі жылдары бұл көрсеткіш 2017 жылы 4318,9 дейін жетіп, 2019 жылы 4711,7-ға жетті (1-сурет).



Сурет 1 - Қазақстан Республикасында 2015-2019 жж. аралығында ас қорыту жүйесі ауруларымен сырқаттанушылық

Ауыл және қала тұрғындары арасында АҚЖА бойынша сырқаттанушылықты талдау кезінде қала тұрғындары арасында АҚЖА өсуі анықталды. Егер 2015 жылы АСЖА ауруы қала тұрғындары арасында 100

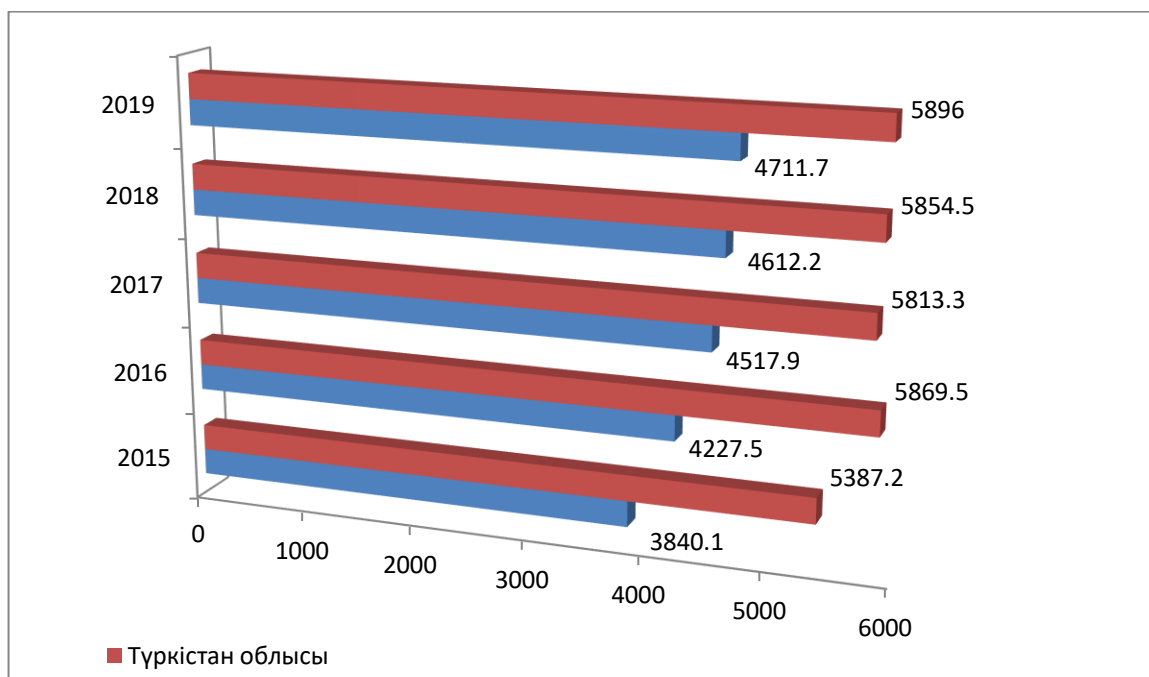
000 адамға шаққанда 3823,6 болса, 2017 жылы бұл көрсеткіш 100 000 адамға шаққанда 4711,7 дейін жоғарлап, 2019 жылы 4885,3 құрады. Ауылдық аймақ тұрғындары арасында да АҚЖА бойынша сырқаттанушылықтың жоғарлауы байқалады, мысалы, 2015 жылы бұл көрсеткіш 3861 құраса, 2019 жылы 4421,6 дейін өсті, алайда, ол қала тұрғындары арасындағы аталмыш көрсеткішпен салыстырғанда төмен.



Сурет 2 - Түркістан облысы бойынша ас қорыту ағзаларының ауруларымен 2015-2019 жылдар аралығындағы жалпы сырқаттанушылық

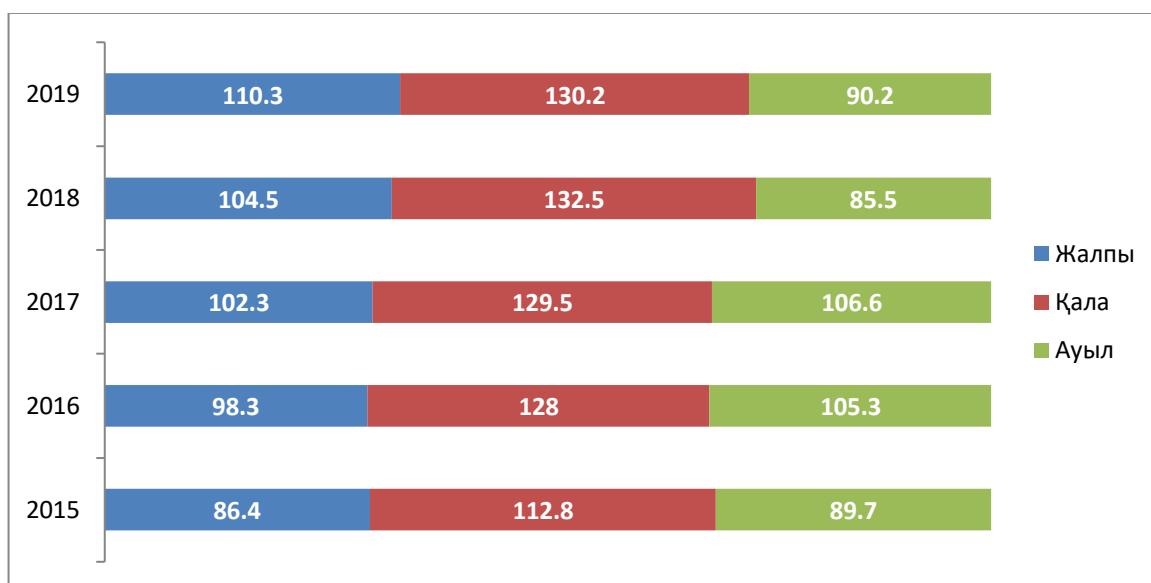
Түркістан облысы бойынша бес жылдық кезең аралығында ас қорыту жүйесі бойынша өмірінде алғаш тіркелген аурулардың санын талдау кезінде ресми статистикалық деректердің мәліметтеріне сәйкес жалпы барлық халық арасында тұрақтылық байқалды (2-сурет). 2015 жылы облыстың барлық халқының арасында АҚЖА аурушаңдығы 100 000 тұрғынға шаққанда 5869,2 құрады, зерттелген кезең ішінде бұл көрсеткіш тұрақты деңгейде сақталып, 2018 жылы облыс бойынша 100 000 тұрғынға шаққанда 5854,5 құрап, 2019 жылы аталған көрсеткіш 5896,0-ға жетті. Алайда, Түркістан облысының қала тұрғындарының арасында АҚЖА бойынша нақты жоғарлауы байқалуда және сырқаттанушылығы ауыл тұрғындарымен салыстырғанда жоғары. Мысалы, 2015 жылы облыстың қалалық емдеу-алдын алу мекемелерінде алғаш рет анықталған АҚЖА саны 100 000 адамға шаққанда 6704,0 құрады. Бес жыл өткеннен кейін бұл көрсеткіш 8325,0 дейін жоғарлады. Облыстың ауыл тұрғындары арасында ұқсас көрсеткіштер 2015 жылы 100 000 адамға шаққанда 5190,9 және 2019 жылы 4902,0 құрады, яғни қарастырылған көрсеткіш соңғы бес жылда тұрақты жоғары деңгейде сақталуда.

Республикалық және облыстық көрсеткіштер арасындағы аурушаңдығын салыстыру кезінде (3-сурет) облыстық көрсеткіштердің республика бойынша жалпы деректерден асып кету фактісі өзіне назар аударады. Осының барлығы облыстағы АҚЖА бойынша жағдайдың нашарлауын және осыған әкелетін факторларды мұқият зерттеуді талап ететінін растайды.



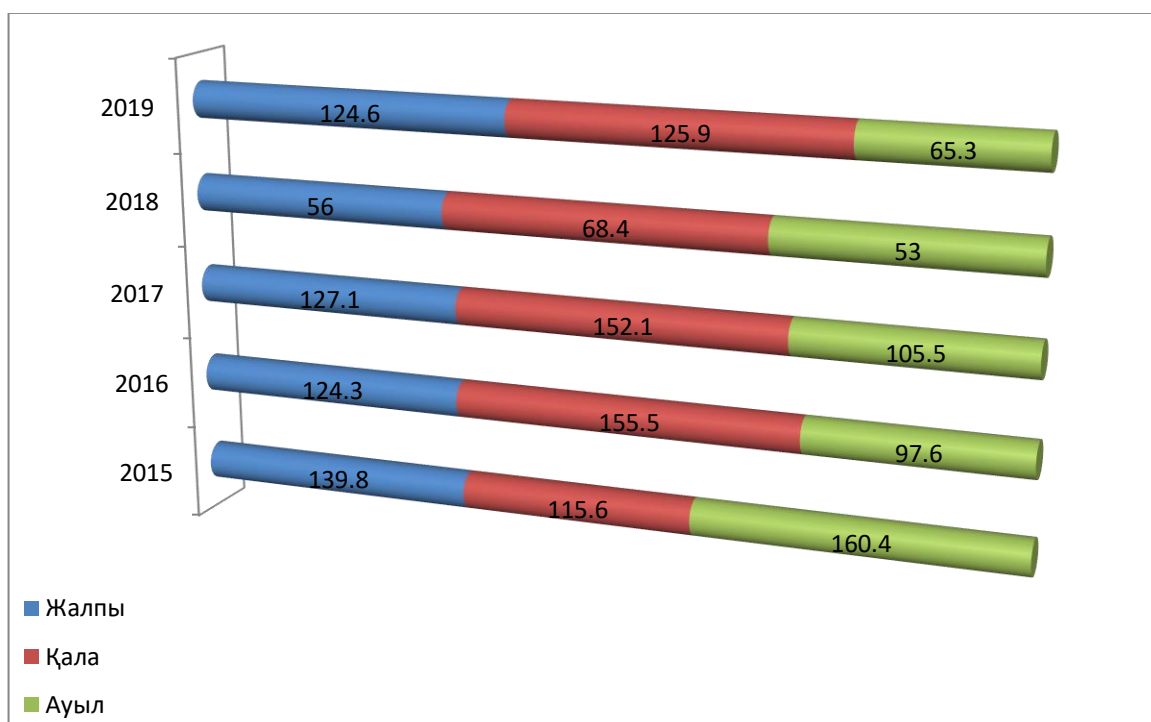
Сурет 3 - Түркістан облысы бойынша ас қорыту ағзаларының ауруларымен жалпы сырқаттанушылық Республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда

АҚЖА арасында гастродуоденалды аймақтың жаралы-эрозивті аурулардың үлесіне 35% - ға дейін келеді. ҚР-да, әсіресе республиканың Түркістан өңірінде АҚЖА-мен сырқаттанушылықтың өсуі аясында, осы ауруларға шалдыққан науқастарда өмір сапасын бағалау және алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайландыру жолдарын қауіп факторларын ескере отырып қарастыру және ұсыну талдау ерекше назар аударуға тұрарлық.



Сурет 4- Қазақстан Республикасында асқазан мен ұлтабардың ойық жарасы ауруымен сырқаттанушылық.

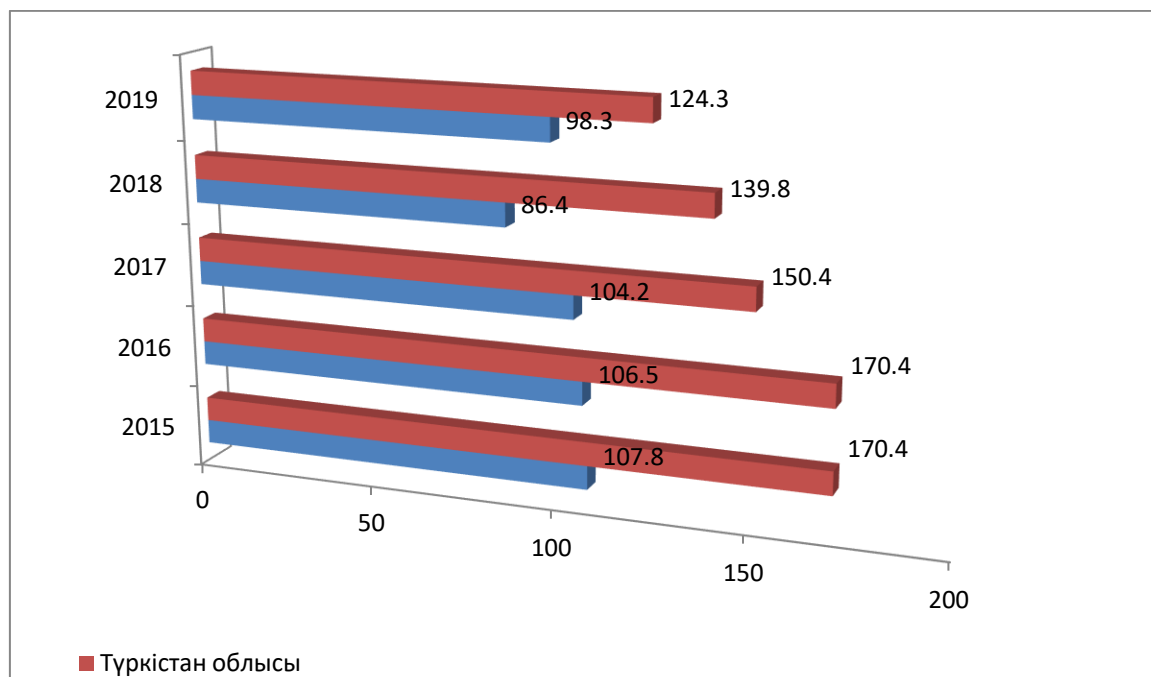
Біз 2015 жылдан бастап 2019 жылға дейін Қазақстан Республикасында гастродуоденальды жаралар аурушандығы бойынша ресми статистикалық деректерге талдау жасадық (4-сурет). Тұтастай алғанда республика бойынша көрсетілген кезеңде гастродуоденальды жараларымен сырқаттанушылық деңгейі жоғары деңгейде сақталып тұр, егер 2015 жылы бірінші рет анықталған АОЖА және ҰОЖА-мен адамдардың саны 100 000 адамға 86,4 құраса, соңғы жылдары бұл параметр 100 000 адамға шаққанда жүз адамнан астам деңгейде сақталып, 2018 жылы 104,5 жетіп, 2019 жылы 110,3 деңгейге көтерілді. Ауылдық аймақ тұрғындары және қала тұрғындары арасында гастродуоденальды жаралар бойынша аурушандықты талдау кезінде осы параметр жоғары деңгейде сақталып, жоғарлауға бейімділік байқалды. Егер қала тұрғындары арасында 2015 жылы гастродуоденальды жаралар бойынша аурушандық 100 000 тұрғынға шаққанда 112,8 деңгейінде болса, 2018 жылы аталмыш параметр 132,5 дейін жоғарлады. Ауылды аймақ тұрғындары арасында гастродуоденальды жаралар бойынша сырқаттанушылық деңгейі соңғы жылдары тұрақталды, алайда көрсеткіштер 100 000 адамға шаққанда 90,2-106,6 аралықта сақталуда.



Сурет 5 - Түркістан облысындағы асқазан мен ұлтабардың ойық жарасы ауруымен сырқаттанушылық динамиасы

Түркістан облысы бойынша гастродуоденальды жаралармен сырқаттанушылықты өткен жылдардағы ресми статистикалық мәліметтермен салыстыру қиындық тұғызады, себебі 2018 жылғы 19 маусымда Қазақстан Президентінің Жарлығымен Оңтүстік Қазақстан облысы Түркістан облысы деп аталды, ал оның әкімшілік орталығы Шымкенттен Түркістан қаласына ауыстырылды; Шымкент республикалық маңызы бар қала мәртебесін алып, Түркістан облысының құрамынан алынды. Осыған орай, гастродуоденальды жаралармен сырқаттанушылықтың 2018 және 2019 жылдары төменеуі облыстағы административті-территориальды өзгерістерге және Шымкент мегаполисы бойынша статистикалық мәліметтердің жеке тіркелуіне байланысты.

Қала және ауылды аймақ халқының арасында гастродуоденальды жаралар бойынша аурушандық көрсеткіштерін талдау нәтижесінде қала тұрғындары арасында көрсеткіштердің бастапқыда тұрақталып, соңғы жылы жоғарлауы байқалуда. Мысалы, егер Түркістан облысында қала халқы арасында гастродуоденальды жаралар бойынша алғашқы тіркелген сырқаттанушылық 2015 жылы 115,6 болса, онда 2019 жылы ол 100 000 адамға шаққанда 125,9 деін өсті. Ауыл халқы арасында 2015 жылға дейін 100 000 адамға шаққанда 160,4 адамға жеткен аурушандықтың айтарлықтай өсуі байқалды, одан кейін оң динамика байқалды және 2017 жылы көрсеткіштер 100 000 адамға шаққанда 105,5-ке дейін төмендеді. Яғни, облыс деңгейінде көрсеткіштердің тұрақтануы ауылдық аймақ халқы арасында аурушандық санының төмендеуіне байланысты, ал қала тұрғындарының арасында сырқаттанушылық деңгейі жоғары деңгейде сақталуда.



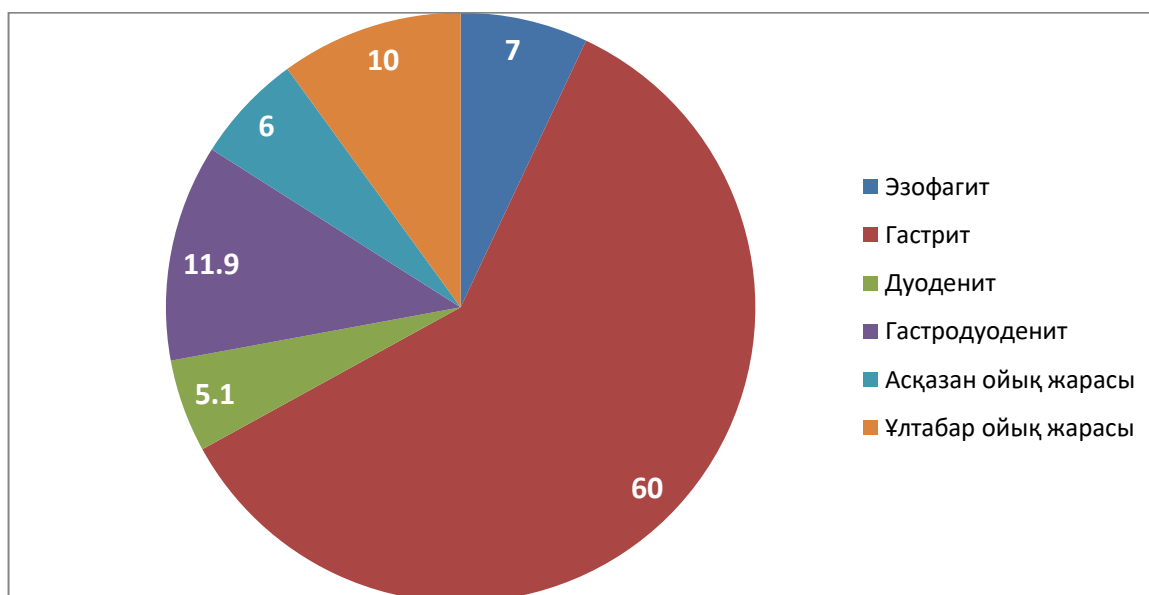
Сурет 6 - Түркістан облысындағы асқазан мен ұлтабардың ойық жарасы ауруымен сырқаттанушылық динамикасы республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда

Бұдан бұрын атап өтілгендей, гастродуоденалды жаралар алғашқы тіркелген сырқаттанушылық өмір сүру жағдайына және әлеуметтік-демографиялық факторларға байланысты, осыған байланысты біз облыстың қала және ауыл халқы арасында гастродуоденалды жаралар ауруларына талдау жасадық. 2015 жылдан бастап облыстың қала тұрғындары арасында гастродуоденалды жаралар алғашқы сырқаттанушылық өсіп келе жатқанын атап өткен жөн. Ал ауыл тұрғындары арасында осындай көрсеткіштің төмендеу үрдісі бар. Түркістан облысындағы асқазан мен ұлтабардың ойық жарасы ауруымен сырқаттанушылық динамикасы орта республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда (сурет 6), облыс деңгейінде сырқаттанушылық көрсеткіштерінің жоғары дәрежеде екендігі анықталды.

Белсенді урбанизация, өмір темптерімен сұраныстардың өсуі, қоршаған ортаның негативті әсері, салауатты өмір сүру салттарын сақтамау, дұрыс тамақтану ережелерін ұстанбау және гиподинамия республикадағы аурушандықтың көрінісіне әсер етеді. Қазақстан Республикасы бойынша ресми статистиканың деректерін талдау кезінде соңғы жылдары гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара патологиясымен алғашқы сырқаттанушылықтың жоғары деңгейде сақталуы байқалады.

Сонмен қатар, көрсетілген көрсеткіштер өзін-өзі емдеумен айналысатын пациенттердің емдеу-алдын алу мекемелеріне жүгінуінің төмендігіне байланысты шындыққа қарағанда төмен болуы мүмкін екендігін ескеру қажет. Ауыл халқы арасында гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жаралы патологиясының аурушандығының төмендеуі да ескертулермен

қабылдануы мүмкін, өйткені пациенттердің емдік мекемеге өздігінен қаралу белсенділігінің төмендігінен және ауылдық жағдайда эндоскопиялық диагностиканың жеткіліксіз деңгейі орын алады.



Сурет 7 - Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара зақымдануларының таралуы

Зерттеу нәтижесінде Түркістан облысының тұрғындары арасында асқазан-ішек жолының жоғарғы бөліктерінің шырышты қабатының эрозивті-жара зақымдануын анықтау бойынша орташа статистикалық мәліметтер алынды. 2018 жылы Кентау қаласының орталық емханасында тіркелген тұрғындар арасында эзофагит- 6,8 %, гастрит - 62,1, дуоденит - 5,1 %, гастродуоденит - 12,1 %, асқазан жарасы 15 - 4 %, ұлтабар жарасы - 9,9% жағдайларында диагноз қойылды. Егер амбулаториялық картада анамнезінде аталған аурулар көрсетілген болса, диагноз верифицирленген деп саналды. Алынған деректерді талдау кезінде верификацияланған гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара зақымданулары бар науқастардың жалпы саны 105-ға тең, бұл барлық анықталған эндоскопиялық патологиялардың арасында 26%-ын құрады. Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жара зақымдануларын жеке талдағанда келесі нәтижелер анықталды: 14 (13,3%) адамда өңеш эрозиясы, 16 (15,2%) эрозивті гастрит, 18 (17,2%) эрозивті дуоденит, эрозивті-геморрагиялық гастродуоденит - 17 (3,5%) адамда, асқазан жарасы -10 (9,5 %), ұлтабар жарасы – 30 пациентте (28,6%). Ойық жарасы бойынша іріктелген 98 науқас арасында анықталған зақымданулар көрсеткіштерінің үлес салмағын есептегенде мәлімет неғұрлым толық болады. Сонымен, гастродуоденалды шырышты қабықтың зақымдануының ең жоғары пайызы ұлтабардың ойық жарасына (ҰОЖА) келеді - 32,8%, келесі кезекте асқазанның антральды бөлімінде және асқазанның

пилорикалық бөлімінде шырышты қабаттың эрозиялары бар созылмалы гастрит, келесі орында – эрозивті дуодениттер - 16,8% және асқазан жарасы - 8,7% кұрады.

3.2 Гастродуоденалдык аймақтың эрозивті-жара патолгиясы бар пациенттерде өмір сапасын бағалау

2017-2019 жылдар аралығындағы Кентау қаласының емханасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бойынша диспансерлік бақылауда тұрған жасы 18-ден жоғары 202 пациент зерттелді.

Зерттеу мақсатын орындау үшін гастродуоденалды аймақтың қышқылға тәуелді аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасының көрсеткіштерін және потенциалды дені сау адамдардың өмір сүру сапасының көрсеткіштері зерттелді және салыстырылды. Гастродуоденальды патологиясы бар науқастарда өмір сапасының PF, RP, RE, MH, VT, BP, GH сияқты көрсеткіштерінің статистикалық маңызды төмендеуі байқалды (кесте 2).

Кесте 2- Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар науқастарда және дені сау адамдарда өмір сапасын бағалайтын SF-36 көрсеткіштерінің салыстырмалы сипаттамасы

SF-36 шкалалары	Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар науқастар M (SD)	Дені сау адамдар, M (SD)	p
PF	61,01 (15,83)	92,70 (17,66)	0,011
RP	53,38 (12,21)	87,50 (18,82)	0,012
RE	73,62 (10,34)	91,20 (17,30)	0,085
VT	53,08 (17,49)	88,00 (19,58)	0,001
MH	51,72 (17,57)	88,50 (19,65)	0,002
SF	71,58 (20,91)	80,54 (18,88)	0,596
BP	57,69 (17,44)	90,40 (17,72)	0,003
GH	52,10 (11,34)	85,20 (13,34)	0,023

Физикалық функцияға (PF) келетін болсақ, дені сау адамдарда орташа мәні 92,70 балды кұрады, ал гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерде орташа шаршағыштық пен күш жоғалтуды көрсететін PF параметрі 61,01 балл болды. Яғни балдар нәтижесі бойынша гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерде ауыр физикалық жүктемелерді орындау, ұзақ қашықтыққа жүру және ауыр заттарды тасымалдау қиындық туғызады.

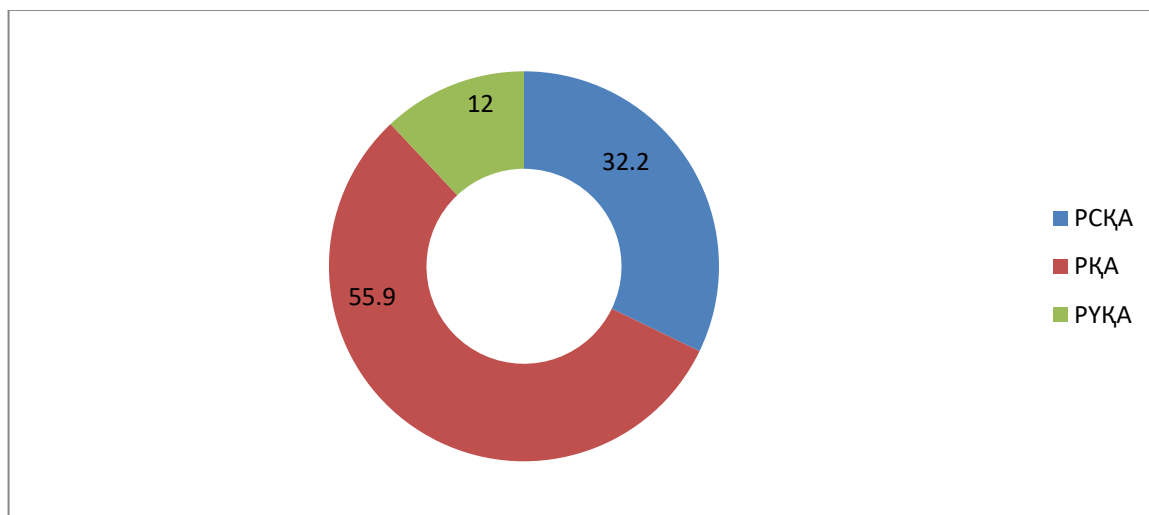
Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерде рөлдік жұмыс істеу (RP) 53,38 балл деңгейінде анықталды, ал дені сау

пациенттерде аталған көрсеткіш 87,50 балды құрайды. Пациенттерде рөлдік жұмыс істеу (RP) бұл өз кезегінде күнделікті жұмысты орындауға тікелей әсер етеді.

Ауырсынудың қарқындылығына (BP) келетін болсақ, ықтимал дені сау адамдарда орташа көрсеткіші 90,40 балл құраса, ал Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерде орташа мәні 57,69 балл деңгейінде болды. Яғни зерттелген топ пациенттерінде ауырсынудың жоғары қарқындылығымен өтетіндігі және бұл өз кезегінде күнделікті іс-әрекетке кедергі келтіретін ауырсынудың өте жоғары қарқындылығы туралы айтады. Дені сау адамдардың жалпы денсаулық жағдайы (GH) жоғары деңгейде 85,20 балды құрайды, ал науқастарда орташа есеппен 52,10 балды құрайтын ЯБЖ бар емделушілерде апатия байқалады деген шамалы алаңдаушылықты білдіреді

Өміршеңдік (VT) шкаласына келетін болсақ, бұл көрсеткіш адамдардың қаншалықты күш пен қуатқа толы сезінетіндігін сипаттайды. Потенциальды дені сау адамдарда бұл параметрдің орташа көрсеткіші 88,00 балл құрады. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттерінде 53,08 құрап күш пен қуаттылығының төмендеуін көрсетеді. Дені сау пациенттерде эмоционалды жағдайдың рөлдік жұмысына (RE) әсері 91,2 баллды құрайды, гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар топта орташа баллды 73,62 деңгейін көрсетті, атап айтқанда, эмоционалды жағдайды жұмыс көлемін орындауға кедергі келтіреді, оның орындалу сапасын төмендетеді, алайда бұл көрсеткіш бойынша статистикалық сенімділік анықталмады. Ойық жара ауруы (ОЖА) және созылмалы гастрит (СГ) бар пациенттерде психикалық денсаулығын өзін-өзі бағалау көрсеткіші (MH) 51,72 балды құрады, яғни бұл көрсеткіш мазасыздықтың жай-күйін, депрессия мен канцерофобияның болу мүмкіндігін білдіреді. Потенциальды дені сау адамдарда аталмыш көрсеткіш жоғары деңгейді көрсетіп, орташа мәні 88,5 балға жетті.

Қорыта келгенде, гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасы, денсаулығының физикалық компоненті және денсаулығының психикалық компоненті потенциалды дені сау адамдардан едәуір төмен екендігі анықталды және бұл осы аталған пациенттерге белсенді әлеуметтік бейімделуге және жұмыс істеуге кедергі болып табылатыны анық.



Сурет 8 – Гастродуоденальды жаралардың ағымының сипатына сәйкес пациенттердің пайыздық арақатынасы

Гастродуоденальды жаралардың ауру ағымына байланысты зерттелген науқастар П. Я. Григорьев классификациясында келтірілген критерийлерге сәйкес 3 топқа жіктелді: рецидивтер сирек қайталанатын ағыммен (РСҚА)– өршулер 1-3 жылда 1 рет, рецидивтер қайталанатын ағыммен (РҚА)– өршулер жылына 2 рет және рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағыммен (РҮҚА)– – асқынулар жылына 2-3 рет және жиі. РСҚА тобына 65 пациент (32,2%), РҚА тобына - 113 (55,9%), РҮҚА - 24 пациент (12%) кірді (сурет 8).

Кесте 3 - ОЖА-на шалдыққан науқастардың ауру ағымының сипатына байланысты өмір сүру сапасы бойынша SF-36 көрсеткіштерінің салыстырмалы сипаттамасы

SF-36 көрсеткіштері	Рецидивтер сирек қайталанатын ағымды (РСҚА)	Рецидивтер қайталанатын ағымды (РҚА)	Рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағымды (РҮҚА)	p
PF	75,01 (15,73)	61,96 (17,52)	45,60 (19,23)	0,027
RP	63,80 (19,11)	54,57 (14,06)	38,42 (11,92)	0,031
RE	79,58 (13,12)	74,60 (11,25)	52,38 (28,20)	0,204
VT	65,02 (19,21)	52,41 (14,28)	36,04 (11,61)	0,023
MH	63,85 (17,72)	51,72 (12,25)	48,19 (11,23)	0,104
SF	75,21 (14,63)	72,81 (13,23)	69,61 (12,25)	0,294
BP	72,35 (12,32)	58,03 (11,41)	37,25 (10,25)	0,002
GH	64,23 (13,13)	53,03 (11,02)	36,85 (11,85)	0,028

Өмір сапасының көрсеткіштеріне аурудың дамуы ғана емес, сонымен қатар, оның ағымының сипаты әсер етуі мүмкін екенін ескере отырып,

гастродуоденальды жаралары бар науқастарда рецидивтердің даму жиілігіне байланысты ӨСС шкалаларын көрсеткіштерін талдадық (кесте 2).

Бір факторлы дисперсиялық талдау нәтижесінде сирек қайталанатын ағыммен салыстырғанда қайталанатын және үздіксіз қайталанатын ағыммен сипатталатын ОЖА кезінде PF, RP, VT, BP, GH шкалалары бойынша көрсеткіштерінің айтарлықтай төмендігі анықталды. Аталған шкалалар бойынша айырмашылықтар статистикалық сенімділік көрсетті.

Осы мәселе бойынша шетелдік ғалымдармен жүргізілген ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижесі созылмалы аурулары бар науқастарда өмір сүру домендер көрсеткіштерінің төмендеуін көрсетті. Зерттеушілер, әдетте, бұл жағдайды аурудың клиникалық белгілер қарқындылығымен және емдеу нәтижесінде дамыған жаңама эсерлермен байланыстырады [6,7]. Мысалы, Hallerback зерттеуі [8] нәтижелері бойынша ас қорыту жүйесі ауруларына шалдыққан пациенттердің барлық бес тобы жалпы популяциямен салыстырғанда өмір сүру сапасы параметрлерінің төмендігін көрсетті [9]. Қытай популяциясында өмір сүру сапасының орташа қалыпты көрсеткіштерін созылмалы гастрит және ОЖА ауруы бар пациенттерінің өмір сүру сапасы деңгейімен салыстырғанда науқастарда барлық жеті домен бойынша орта балдардың едәуір төмендеуі анықталды [10]. Ғалымдардың мәлімдеуінше, жалпы асқазан-ішек аурулары бар науқастарда жалпы популяцияға қарағанда өмір сүру сапасы көрсеткіштері төмен, алайда, бұл параметрді дұрыс емдеу нәтижесінде жақсартуға болады [11,12]. Мысалы, Glise және соавторлар пептидті жаралары бар 392 пациентті зерттеді және екі апта емдеуден кейін өмір сүру сапасының жалпы баллын айтарлықтай өскенін көрсетті [13].

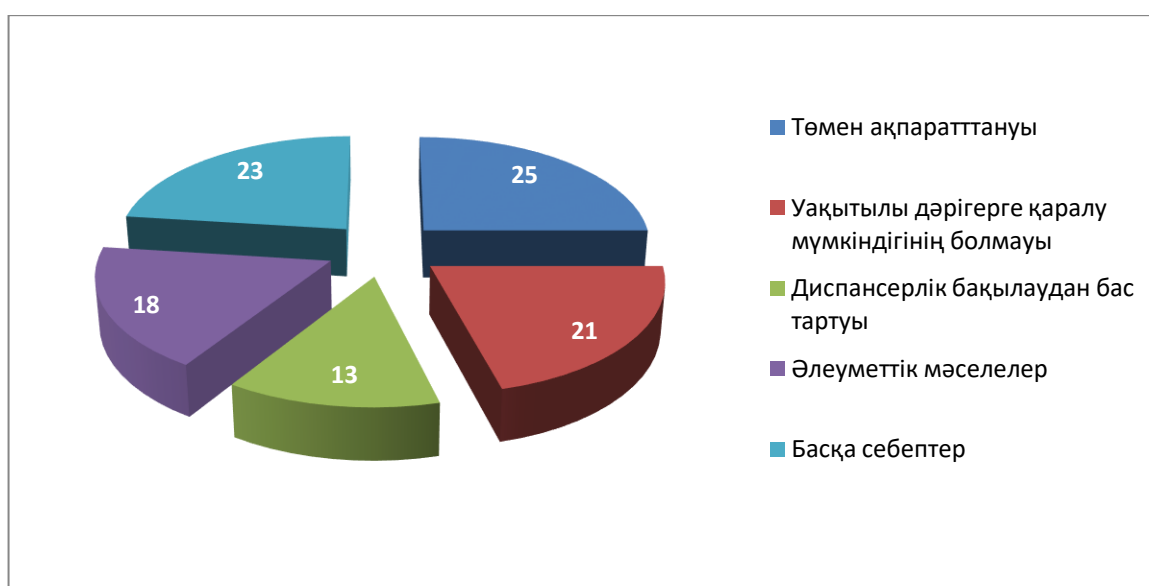
Өмір сапасын зерттеу емнің сәйкестігін, тиімділігін бағалауға және ем нәтижелерін болжауға мүмкіндік беретін қарапайым және нақты әдістерінің бірі болып табылады. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасы, денсаулығының физикалық компоненті және денсаулығының психикалық компоненті потенциалды дені сау адамдардан едәуір төмен екендігі және ауру ағымы ауырлауына байланысты төмендейтіндігі анықталды. Бұл жағдай осы аталған пациенттерге белсенді әлеуметтік бейімделуге және жұмыс істеуге кедергі болып табылатындықтан ем нәтижесін бағадауда және бақылау жоспарын құру барысында осы универсальды қарапайым өмір сапасын бағалау әдісін қолданған тиімді.

3. Гастродуоденалдық аймақтың эрозивті-жаралы патологиясы бар пациенттерде амбулаторлық-емханалық көмектің және диспансерлік бақылаудың оңтайландыру мүмкіндіктерін талдау

Зерттеудің келесі кезеңінің мақсаты гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы аурулары бар пациенттерді аурудың ағымына сәйкес амбулаторлық-емханалық көмекті және диспансерлік бақылауды оңтайландыру.

Гастродуоденальды жаралары бар пациенттердің алғашқы медициналық құжаттары талданды. Ауру ағымына байланысты зерттелген науқастар 3 топқа жіктелді: рецидивтер сирек қайталанатын ағыммен (РСҚА)– өршулер 1-3 жылда 1 рет, рецидивтер қайталанатын ағыммен (РҚА)– өршулер жылына 2 рет және рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағыммен (РҮҚА)– асқынулар жылына 2-3 рет және жиі. РСҚА тобына 65 пациент (32,2%), РҚА тобына - 113 (55,9%), РҮҚА - 24 пациент (12%) кірді

Зерттеуге диспансерлік ("Д") бақылауға алынған пациенттер екі топқа бөлінді: 1 топ - диспансерлік бақылау жалпы талаптарға сәйкес (80) пациент-1 топ), 2 топ – диспансерлік бақылау барысында гастрошколаға қатысқан пациенттер (75 адам – 2 топ) жұмыс істейтін пациенттер алынды. Топтар жынысы, жасы, тұрғылықты жері (ауыл, қала), ауру өтілі, еңбек қызметі бойынша салыстырмалы болды.

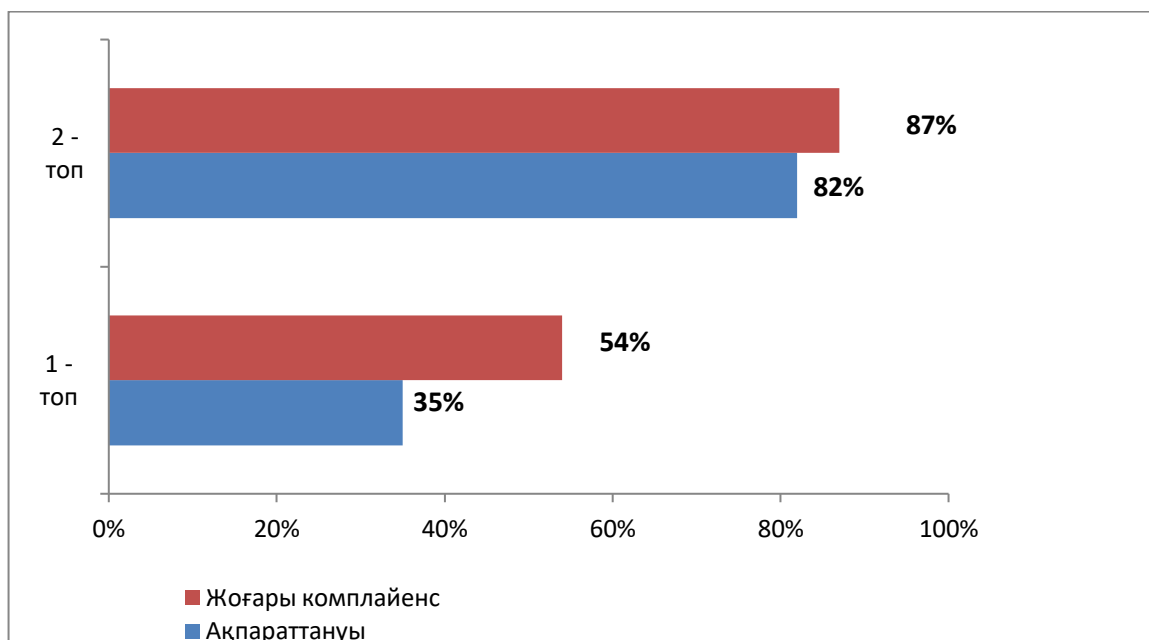


Сурет 9 - Диспансерлік бақылау жеткіліксіз болуының себептері

Зерттеу барысында диспансерлік бақылауының болмауы келесі себептерге байланысты екені анықталды: динамикалық бақылаудың маңыздылығы туралы пациенттердің төмен ақпараттануы 25% жағдайда анықталды, жұмыспен айналысу салдарынан және уақытылы дәрігерге қаралу мүмкін еместігі 21% жағдайда үнемі атап өтілді, емделушілердің 13% жағдайларда пациенттердің диспансерлік бақылаудан бас тартуы орын алды; әлеуметтік мәселелер 18% - ға себеп болды, басқа да себептер науқастардың 23% - да байқалды.

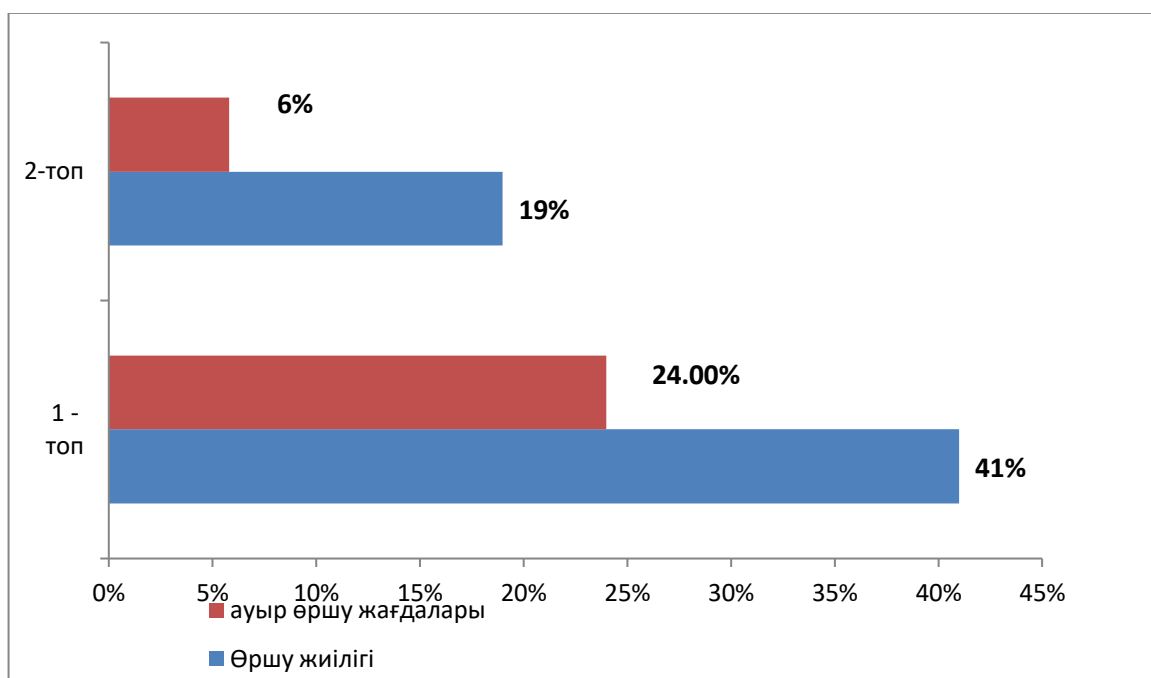
Талдауға 2017-2019 жылдары тіркелген ОЖА бар пациенттерді емдеу, зерттеу, диспансерлік бақылау жағдайлары алынған. Талдау кезінде әрбір топта келесі мәліметтер бағаланды: пациенттердің хабардар болуы, олардың емдеуге бейімділігі, асқыну жиілігі, өршу фазасының орташа ұзақтығы. Соныме қатар, патология ағымының сипаты, соның ішінде асқыну ауырлығы мен ремиссия ұзақтығы бойынша да бағаланды.

1 және 2 топтағы пациенттердің ақпараттануы тиісінше 1 топта –35 %; 2 топта – 82% құрады. Пациенттердің емдеуші дәрігердің тағайындауларына комплайенс көрсеткіштері де айтарлықтай айырмашылық көрсетті. Осылайша, бірінші топта емге бейімділігі жоғары пациенттердің үлесі – 54% құраса; 2 топ гастромектеп арқылы қосымша ақпарат алып отырған пациенттердің жоғарғы комплайенс көрсеткіші – 87% болды (сурет 6).



Сурет 10 - Диспансерлік бақылауда тұратын бақылау және салыстырмалы топ пациенттерінде ақпараттану және комплайенс көрсеткіштері.

Зерттелген уақыт аралықта 1-топтың пациенттері арасында 41%-да өршу жағдайлары байқалды, 2 – бақылау тобында – 19% екі жылдық бақылау кезеңінде өршу жағдайлары тіркелді. Яғни, 1 салыстырмалы топ пациенттерінде өршулер саны 2 бақылау топтың ұқсас көрсеткіштерінен екі есе артық.



Сурет 11 - Диспансерлік бақылауда тұратын бақылау және салыстырмалы топ пациенттерінде өршу жиілігі мен ауырлық дәрежесінің салыстырмалы сипаттамасы.

Өршу ұзақтығы 1 – ші топта $21,0 \pm 2,3$ күнге созылды, 2 бақылау топ пациенттерінде өршу $14,0 \pm 1,8$ күн байқалды. Екінші тобында өршу фазаларының ауыр клиникалық көрінісі 5,8 % жағдайда тіркелді. 1-ші салыстыру тобында 24% өршу жағдайлары ауыр деп бағаланды. Бірінші топта ремиссияның ұзақтығы 8,3 айға созылса, екінші топта – 13,8 ай тіркелді.

Статистикалық сараптау барысында өршу жиілігі аурудың 1000 жағдайына шаққанда бірінші салыстырмалы топта – 885:1000 құрады, 2 бақылау тобында ұқсас параметрлер 320:1000 көрсетті.

Зерттеу барысында біз талдаған мәліметтер (ақпараттандырылуы, пациенттердің комплайенс деңгейі, рецидивтер саны, өршулердің ағымының ауырлығы, өршу жағдайының ұзақтығы, ремиссияның ұзақтығы) зерттелген екі жылдық бақылау кезінде гастродуоденалды жараларға шалдыққан «Д» есепте тұрған 1 топ пациенттерінде 2 бақылау тобымен салыстырғанда аталған көрсеткіштер біршама нашар болғанын айтуға болады.

Зерттеу нәтижесінде анықталған нәтижелерге сүйене отырып, гастродуоденальды аймақтың жаралы-эрозиялы патологиясы бар пациенттерге диспансерлік бақылау жүргізу барысында және оңалту (реабилитация) кезінде гастромектеп ресурстарын қолданудың маңыздылығы көрсетілді. Диспансерлік бақылау гастромектеп ресурстарын дәстүрлі форматта немесе инновациялық технологияларды қолданып қашықтықтан жүргізу мүмкіндіктері бар және пациенттерді гастромектепке ресімдеу айтарлықтай қаржылық шығындарды талап етпейді және медициналық көмек көрсету сапасының көрсеткішін жоғарлатады. Диспансерлік бақылауда

тұрған науқастарда ремиссиялар 15 айға дейін және одан да көп болуы мүмкін, мұндай жағдайда ремиссияның 1 жылынан кейін пациенттерді диспансерлік бақылауынан шығару орынды еместігі дәлелденді. Амбулаториялық - емханалық этапта бастапқы превентивті шараларын жүргізу үшін гастродуоденальды жаралары бар пациенттерді қауіп факторлары бойынша стратификация жасау керек, өмір сүру сапасын бағалап дұрыс болжам жасау маңызды. Сонымен қатар, рецидивтер қайталанатын және рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағымымен сипатталатын гастродуоденальды жараларға шалдыққан пациенттерді жеке қауіп тобына бөлініп ақпараттану және комплайенс жоғарлату мақсатында диспансерлік бақылау барысында міндетті түрде гастромектеп ресурстары қолданылуы тиіс.

Сонымен, зерттеу нәтижелері алынған деректерді кешенді талдау, ересектер арасында гастродуоденальды жара ауруларының дамуын, ағымын қауіп факторларын ескеріп болжау жүйесін әзірлеу қажеттілігін көрсетілді.

Сонымен қатар гастроэнтерологиялық аурулардың клиникалық көріністерінің жасына байланысты модификациясын бағалаудың жаңа әдістері қарастырылды. Зерттеу барысында гастроэнтерологиялық көмек көрсету оңтайландыру үшін теориялық база құруға қадам жасалды. Асқазанның және он екі елі ішек ойық жарасы ауруы кезінде тәуекелді стратификациялауда жасты есепке алу қажеттілігі негізделген. Сонымен қатар, асқазан-ішек жолдарының патологиясы бар түрлі жастағы адамдарды дәрігерлік бақылау еселігі ауру ағымының параметрлеріне сәйкес индивидуальды жүргізілу қажеттілігіне ғылыми негіздеме берілді. Осыған сәйкес, маңызды гастроэнтерологиялық патология нысандарды болжау және диагностикалау мақсатында мониторингтің жаңа ақпараттық жүйесін әзірленуі керектігі көрсетілді.

Гастромектеп арқылы науқасқа қажет ақпарат беру оның ауруы туралы ой-өрісін кеңейтеді, гастродуоденальды жараларды алдын-алу үшін пациент пен дәрігер арасында серіктестік құру деп танылады. Гастромектеп оқығаннан кейін пациенттердің 88,1% - ы рецидивке қарсы емдеуді саналы түрде жүргізді. Бақылау тобында гастромектепте оқытылған науқастарда 1 жылдан кейін уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының саны екі есе азайды, тәуліктік стационарға емдеуге жатқызу жиілігі: диспансерлік бақылау басталғанға дейін пациенттердің 30,4% рецидив дамуына байланысты стационарлық ем алатын, біздің гастромектеп элементтерімен қосарланған диспансерлік бақылаудан кейін бұл көрсеткіш 8,0% - ға дейін азайды.

Жоғарыда көрсетілгендей ӨСС бағалау емдік немесе бақылау шаралардың тиімділігін анықтауға мүмкіндік береді. SF-36 сауалнамасы бойынша емделудің алдында, емделуден және диспансерлік бақылаудан кейін (6 ай немесе 12 айдан кейін) бақылау және салыстыру тобындағы пациенттердің өмір сапасына талдау жасадық.

Таблица 1

Кесте 4 - SF – 36 сауалнамасы бойынша емделу алдында және 12 ай диспансерлік бақылаудан кейін өмір сүру сапасын бағалау, %

SF-36 шкалалары	Емделудің алдында		P, M-У тест	12 айдан кейін		P, M-У тест
	Бақылау тобы n = 75 (M±m)	Салыстыру тобы n = 80 (M±m)		Бақылау тобы n = 75 (M±m)	Салыстыру тобы n = 80 (M±m)	
PF	45,12±0,07	38,10±0,18	0,082	79,32±0,09	68,04±0,13	<0,001
RP	36,12±0,08	35,98±0,13	0,752	64,12±0,05	57,15±0,12	<0,001
RE	41,31±0,06	39,13±0,18	0,178	70,12±0,06	59,98±0,18	<0,001
VT	37,38±0,08 5	36,02±0,18	0,185	64,58±0,079	52,02±0,13	<0,001
MH	38,82±0,06	39,65±0,17	0,527	70,53±0,07	59,48±0,17	<0,001
SF	35,04±0,04	35,12±0,13	0,089	79,12±0,071	68,09±0,13	<0,001
BP	38,08±0,08 3	38,98±0,19	0,06	72,13±0,02	65,18±0,17	<0,001
GH	35,12±0,08	34,25±0,12	0,089	71,12±0,07	60,12±0,18	<0,001

Ескерту: P – статистикалық сенімділік, p<0,001.

Емге дейін және диспансерлік бақылаудан 12 айдан кейін өткен соң гастродуоденальды жаралары бар науқастарда өмір сүру сапасын талдау барысында "физикалық жұмыс істеу" көрсеткіші бойынша бақылау тобындағы науқастардың өмір сүру сапасы - 81,97% - ға ұлғайғанын және 79,32 балды, салыстыру тобында-67,04 балды құрағанын көрсетті. "Рөлдік физикалық жұмыс істеу" көрсеткіші бақылау тобында 70,82% - ға және

салыстыру тобында 59,50% - ға, "ауырсыну синдромы" - 71,24% - ға және 50,07% - ға, "жалпы денсаулық" - 62,81% - ға және 39,56% - ға, "өміршеңдік" - 75,83% - ға және 48,16% - ға, "әлеуметтік жұмыс істеу" - 86,9% - ға және 78,04% - ға, "рөлдік эмоционалды жұмыс істеу" - 92,36% және 69,42%, "психикалық денсаулық" сәйкесінше бақылау және салыстыру тобында 98,48% және 86,07% -ға жоғарлағаны анықталды.

Зерттеу нәтижелері халықаралық нұсқаулықтарға негізделген ем және диспансерлік бақылау барысында 1 жылдан кейін SF-36 сауалнамасы бойынша бағаланған пациенттердің өмір сүру сапасы көрсеткіштері зерттелген екі топта сенімді түрде өсті. Алайда, бақылау тобының науқастарының ӨСС бақылау кезеңінде барлық параметрлер бойынша салыстыру тобының пациенттерінің ӨСС салыстырғанда жоғары екені анықталды. Екі топтағы пациенттер халықаралық нұсқаулықтарға сәйкес стандартты ем схемаларын қолданған, бірақ бақылау тобының пациенттері дәрімектік емімен қоса диспансерлік бақылау барысында гастромектеп жобасында дәрігерден өзінің жағдайын бақылау, тамақтану ережесін сақтау бойынша маңызды ақпарат алып отырды. Сол себепті бақылау тобы пациенттерінің салыстыру тобының пациенттерімен салыстырғанда ақпараттану және комплайенс деңгейі жоғары болды. Бұл жағдай өз кезегінде ӨСС көрсеткіштерін едәуір жақсартты.

Өмір сапасы туралы деректер медициналық және әлеуметтік бейімдеу шаралары болып танылатын оңалту бағдарламаларының негізі болып табылады. Осы бағдарламаларды құру кезінде емдік-профилактикалық медициналық мекемелер түрлі патология кезінде зерттелген топтардың өмір сүру сапасы туралы құнды ақпаратты негіз ретінде қолдана алады. Өмір сапасының жақсаруына алып келмейтін немесе оның айтарлықтай нашарлауына әкеп соқтыратын бағдарламаны (емдеу, оңалту, әлеуметтік және т.б.) тиімді деп санауға болмайды. Денсаулық сақтау тәжірибесінде өмір сүру сапасын зерттеуді қолдану салалары әртүрлі. Бұл емдеу әдістерін стандарттау, емдеудің ерте және алыс нәтижелерін бағалай отырып, науқастың жағдайын жеке бақылау, қауіп топтарын, қауіп уақытын, қауіп факторлары мен аумақтарын бөле отырып, популяциялық зерттеулер, алдын алу бағдарламаларының тиімділігін бағалау, жаңа дәрілік препараттарды сараптау және басқа да көптеген салалар болып табылады.

Өмір сапасын бағалау тұжырымдамасы клиникалық тәжірибенің "ауруды емес, науқасты емдеу" маңызды принципіне оралуға мүмкіндік берді. Бүгінгі таңда өмір сапасын зерттеу әдістемесі қоғам өмірінде түбегейлі жаңа кезеңді ашып, адамның әл-ауқатының квинтэссенциясын құрайтын негізгі параметрлерді анықтаудың қарапайым, ақпараттық және сенімді әдісін ұсынды [68].

Осылайша, жүргізілген талдау негізінде пациенттерге сауалнама жүргізу нәтижелері дәрігер жинаған объективті деректермен сәйкес келеді деп айтуға болады. Бұл өте маңызды, өйткені пациентті зерттеу нәтижесінің

ақпараттық құндылығын мүмкіндігінше жоғарлатады: салыстырмалы түрде объективті денсаулық көрсеткіштері мен сирек қолданылатын субъективті бағалауды бір уақытта қолдану тұжырымдардың дұрыстығын арттыруға мүмкіндік береді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті ауруларының мәселесі әр түрлі жастағы адамдар арасында жоғары деңгейдегі кездесу жиілігіне, сондай-ақ, асқынулардың даму қауіпіне байланысты, өз өзектілігін сақтайды. Статистикалық мәліметтерге сәйкес 1000 адамға шаққанда гастродуоденалды аймақтың жара-эрозиялық зақымдануының таралуы орташа алғанда 9,2 - ден 12,5-ке дейін, ал жекелеген топтар арасында одан да жоғары. Алайда, келтірілген мәліметтер шынайы ахуалға сәйкес болмауы мүмкін. Нәтиженің дәлдігіне елдің әр түрлі аймақтарында эндоскопиялық тексерудің қол жетімділігі әсер етеді. Осы себепті гастродуоденалды жараларына шалдыққан науқастарды диспансерлік бақылаумен қамту деңгейі статистикалық мәліметтер бойынша 83-86% дан аспайды. Сонымен қатар, гастродуоденалды жаралары бар пациенттерде асқынулар жиілігінің жоғары деңгейде сақталуы және ауыр ағымымен науқастанатын пациенттер санының өсуі де байқалады. Осылайша, гастродуоденалды аймақтың эрозивті-жаралы ауруларының мәселесі бүгінгі күні бұрынғыша маңызды медициналық–әлеуметтік проблема болып қала береді.

Жоғарыда баяндалғанға байланысты, біздің жұмысымыздың мақсаты: Түркістан аймағының гастродуоденальды аймақтың эрозивті патологиясы бар науқастарда өмір сапасын бағалау және алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайландыру жолдарын қауіп факторларын ескере отырып қарастыру және ұсыну. Аталған мақсатқа жету үшін келесі міндеттер орындалды: 2015-2019 жылдар аралығында Түркістан өңірі халқы арасында гастродуоденалды аймақтың эрозивті ауруларының таралуы талданды, 2017-2019 жылдар аралығында гастродуоденалды жара ауруы бойынша диспансерлік бақылауға тіркелген пациенттерде өмір сапасы SF-36 сауалнамасы арқылы бағаланды, аталған топ пациенттерінде өмір сапасын бағалау арқылы емнің тиімділігін анықтап амбулаториялық-емханалық көмекті оңтайландыру жолдары қарастырылды және ұсынылды.

2015-2019 жылдар аралығындағы республика бойынша 100 000 адамға шаққанда, өмірінде алғаш тіркелген АҚЖА шалдыққан адамдардың саның ресми статистикалық деректер бойынша талдандық. Жалпы республика бойынша көрсетілген кезеңде АҚЖА аурушандығының өсуі байқалады, егер 2015 жылы алғаш рет тіркелген АҚЖА саны 100 000 адамға шаққанда 3823,6 құраса, келесі жылдары бұл көрсеткіш 2017 жылы 4318,9 дейін жетіп, 2019 жылы 4711,7-ға жетті. Түркістан облысы бойынша гастродуоденальды жаралармен сырқаттанушылықты өткен жылдардағы ресми статистикалық мәліметтермен салыстыру қиындық тұғызады, себебі 2018 жылғы 19 маусымда Қазақстан Президентінің Жарлығымен Оңтүстік Қазақстан облысы Түркістан облысы деп аталды, ал оның әкімшілік орталығы Шымкенттен Түркістан қаласына ауыстырылды; Шымкент республикалық маңызы бар қала мәртебесін алып, Түркістан облысының құрамынан алынды. Осыған орай, гастродуоденальды жаралармен сырқаттанушылықтың 2018 және 2019

жылдары төменеуі облыстағы административті-территориальды өзгерістерге және Шымкент мегаполисы бойынша статистикалық мәліметтердің жеке тіркелуіне байланысты.

Қала және ауылды аймақ халқының арасында гастродуоденальды жаралар бойынша аурушандық көрсеткіштерін талдау нәтижесінде қала тұрғындары арасында көрсеткіштердің бастапқыда тұрақталып, сонғы жылы жоғарлауы байқалуда. Мысалы, егер Түркістан облысында қала халқы арасында гастродуоденальды жаралар бойынша алғашқы тіркелген сырқаттанушылық 2015 жылы 115,6 болса, онда 2019 жылы ол 100 000 адамға шаққанда 125,9 деін өсті. Ауыл халқы арасында 2015 жылға дейін 100 000 адамға шаққанда 160,4 адамға жеткен аурушандықтың айтарлықтай өсуі байқалды, одан кейін оң динамика байқалды және 2017 жылы көрсеткіштер 100 000 адамға шаққанда 105,5-ке дейін төмендеді. Яғни, облыс деңгейінде көрсеткіштердің тұрақтануы ауылдық аймақ халқы арасында аурушандық санының төмендеуіне байланысты, ал қала тұрғындарының арасында сырқаттанушылық деңгейі жоғары деңгейде сақталуда.

2017-2019 жылдар аралығындағы Кентау қаласының емханасында гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бойынша диспансерлік бақылауда тұрған жасы 18-ден жоғары 202 пациент зерттелді.

Зерттеу мақсатын орындау үшін гастродуоденальды аймақтың қышқылға тәуелді аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасының көрсеткіштерін және потенциалды дені сау адамдардың өмір сүру сапасының көрсеткіштері зерттелді және салыстырылды. Гастродуоденальды патологиясы бар науқастарда өмір сапасының PF, RP, RE, MH, VT, BP, GH сияқты көрсеткіштерінің статистикалық маңызды төмендеуі байқалды. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасы, денсаулығының физикалық компоненті және денсаулығының психикалық компоненті потенциалды дені сау адамдардан едәуір төмен екендігі анықталды және бұл осы аталған пациенттерге белсенді әлеуметтік бейімделуге және жұмыс істеуге кедергі болып табылатыны анық.

Бір факторлы дисперсиялық талдау нәтижесінде сирек қайталанатын ағыммен салыстырғанда қайталанатын және үздіксіз қайталанатын ағыммен сипатталатын ОЖА кезінде PF, RP, VT, BP, GH шкалалары бойынша көрсеткіштерінің айтарлықтай төмендігі анықталды. Аталған шкалалар бойынша айырмашылықтар статистикалық сенімділік көрсетті.

Біз алған нәтижелер ұқсас шетелдік зерттеу нәтижелеріне сәйкес келеді. Hallerback зерттеуі [8] нәтижелері бойынша ас қорыту жүйесі ауруларына шалдыққан пациенттердің барлық бес тобы жалпы популяциямен салыстырғанда өмір сүру сапасы параметрлерінің төмендігін көрсетті [9]. Қытай популяциясында өмір сүру сапасының орташа қалыпты көрсеткіштерін созылмалы гастрит және ОЖА ауруы бар пациенттерінің өмір сүру сапасы деңгейімен салыстырғанда науқастарда барлық жеті домен бойынша орта балдардың едәуір төмендеуі анықталды [10].

Зерттеуге диспансерлік ("Д") бақылауға алынған пациенттер екі топқа бөлінді: 1 топ - диспансерлік бақылау жалпы талаптарға сәйкес (80) пациент-1 топ), 2 топ – диспансерлік бақылау барысында гастрошколаға қатысқан пациенттер (75 адам – 2 топ) жұмыс істейтін пациенттер алынды. Топтар жынысы, жасы, тұрғылықты жері (ауыл, қала), ауру өтілі, еңбек қызметі бойынша салыстырмалы болды.

1 және 2 топтағы пациенттердің ақпараттануы тиісінше 1 топта –35 %; 2 топта – 82% құрады. Пациенттердің емдеуші дәрігердің тағайындауларына комплайенс көрсеткіштері де айтарлықтай айырмашылық көрсетті. Осылайша, бірінші топта емге бейімділігі жоғары пациенттердің үлесі – 54% құраса; 2 топ гастромектеп арқылы қосымша ақпарат алып отырған пациенттердің жоғарғы комплайенс көрсеткіші – 87% болды.

Зерттелген уақыт аралықта 1-топтың пациенттері арасында 41%-да өршу жағдайлары байқалды, 2 – бақылау тобында – 19% екі жылдық бақылау кезеңінде өршу жағдайлары тіркелді. Яғни, 1 салыстырмалы топ пациенттерінде өршулер саны 2 бақылау топтың ұқсас көрсеткіштерінен екі есе артық. Екінші тобында өршу фазаларының ауыр клиникалық көрінісі 5,8 % жағдайда тіркелді. 1-ші салыстыру тобында 24% өршу жағдайлары ауыр деп бағаланды. Бірінші топта ремиссияның ұзақтығы 8,3 айға созылса, екінші топта – 13,8 ай тіркелді.

Жоғарыда көрсетілгендей ӨСС бағалау емдік немесе бақылау шаралардың тиімділігін анықтауға мүмкіндік береді. SF-36 сауалнамасы бойынша емделудің алдында, емделуден және диспансерлік бақылаудан кейін (6 ай немесе 12 айдан кейін) бақылау және салыстыру тобындағы пациенттердің өмір сапасына талдау жасадық.

Емге дейін және диспансерлік бақылаудан 12 айдан кейін өткен соң гастродуоденальды жаралары бар науқастарда өмір сүру сапасын талдау барысында "физикалық жұмыс істеу" көрсеткіші бойынша бақылау тобындағы науқастардың өмір сүру сапасы - 81,97% - ға ұлғайғанын және 79,32 балды, салыстыру тобында-67,04 балды құрағанын көрсетті. "Рөлдік физикалық жұмыс істеу" көрсеткіші бақылау тобында 70,82% - ға және салыстыру тобында 59,50% - ға, "ауырсыну синдромы" - 71,24% - ға және 50,07% - ға, "жалпы денсаулық" - 62,81% - ға және 39,56% - ға, "өміршеңдік" - 75,83% - ға және 48,16% - ға, "әлеуметтік жұмыс істеу" - 86,9% - ға және 78,04% - ға, "рөлдік эмоционалды жұмыс істеу" - 92,36% және 69,42%, "психикалық денсаулық" сәйкесінше бақылау және салыстыру тобында 98,48% және 86,07% -ға жоғарлағаны анықталды.

Зерттеу нәтижелері халықаралық нұсқаулықтарға негізделген ем және диспансерлік бақылау барысында 1 жылдан кейін SF-36 сауалнамасы бойынша бағаланған пациенттердің өмір сүру сапасы көрсеткіштері зерттелген екі топта сенімді түрде өсті. Алайда, бақылау тобының науқастарының ӨСС бақылау кезеңінде барлық параметрлер бойынша

салыстыру тобының пациенттерінің ӨСС салыстырғанда жоғары екені анықталды. Екі топтағы пациенттер халықаралық нұсқаулықтарға сәйкес стандартты ем схемаларын қолданған, бірақ бақылау тобының пациенттері дәрімектік емімен қоса диспансерлік бақылау барысында гастромектеп жобасында дәрігерден өзінің жағдайын бақылау, тамақтану ережесін сақтау бойынша маңызды ақпарат алып отырды. Сол себепті бақылау тобы пациенттерінің салыстыру тобының пациенттерімен салыстырғанда ақпараттану және комплайенс деңгейі жоғары болды. Бұл жағдай өз кезегінде ӨСС көрсеткіштерін едәуір жақсартты.

Гастродуоденальды жаралары бар науқастарға диспансерлік бақылау негізінде жүргізілген емдеу және өршулерді алдын алу іс-шараларына өмір сапасының көрсеткіштерін бағалау арқылы талдау жүргізілді. Жүргізілген зерттеулерді талдау көрсеткендей, өмір сапасын бағалаушы SF-36 сауалнамасы клиникалық тәжірибеде гастродуоденальды аймақтың жаралы-эрозиялы аурулар кезінде науқастардың өмір сүру сапасын бағалау үшін пайдаланылуы мүмкін. Гастродуоденальды жараларына шалдыққан науқастарды гастромектепте дәстүрлі немесе қашықтықтан оқыту ресурстарын қолдану кешенді емдеу, бақылау және оңалту бағдарламасын жүргізу барысында аурудың клиникалық ағымын жақсарту, рецидивтерді алдын алу және комплайенс деңгейін арттыру үшін қолдануға ұсыныс беріледі. ӨСС бағалаушы SF-36 сауалнамасын диспансерлік бақылаудағы пациенттерге жүргізілетін емдеу-профилактикалық іс-шаралардың тиімділігін бағалау критерийі бола алатындығы анықталды.

Әлеуметтік күйзеліс жағдайында ас қорыту жүйесі ауруларының клиникалық және эпидемиологиялық параметрлерінің өзгеруі диагностикалық тәсілдерді оңтайландыру және гастроэнтерологиялық көмек көрсету сапасын арттыру мақсатында популяциялық денсаулыққа жүйелі мониторинг жүргізуді қажет етеді. Аймақ тұрғындарына гастроэнтерологиялық көмекті оңтайландыру үшін терапевтік бейіндегі мамандарды қатыстыру және профилактикалық тексеру жиілігін ұлғайту қажет.

Диссертациялық зерттеудің нәтижелері келесі қорытынды жасауға мүмкіндік береді:

1. Түркістан облысында қала халқы арасында гастродуоденальды жаралар бойынша алғашқы тіркелген сырқаттанушылық 2015 жылы 115,6 болса, онда 2019 жылы ол 100 000 адамға шаққанда 125,9 деін өсті. Ауыл халқы арасында 2015 жылға дейін 100 000 адамға шаққанда 160,4 адамға жеткен аурушандықтың айтарлықтай өсуі байқалды, одан кейін оң динамика байқалды және 2017 жылы көрсеткіштер 100 000 адамға шаққанда 105,5-ке дейін төмендеді. Облыс деңгейінде көрсеткіштердің тұрақтануы ауылдық аймақ халқы арасында аурушандық санының төмендеуіне байланысты, ал

кала тұрғындарының арасында сырқаттанушылық деңгейі жоғары деңгейде сақталуда.

2. Гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы аурулары бар пациенттердің өмір сүру сапасы, денсаулығының физикалық компоненті және денсаулығының психикалық компоненті потенциалды дені сау адамдардан едәуір төмен екендігі және ауру ағымы ауырлауына байланысты төмендейтіндігі анықталды. Амбулаторлық-емханалық деңгейде қауіп факторлары бойынша стратификация жасау және өмір сүру сапасын бағалау емдеудің ұтымды, сараланған кешенін анықтауға мүмкіндік береді.

3. Диспансерлік бақылау барысында дәрімектік емімен қоса гастромектеп ресурстары арқылы маңызды ақпарат алып отырған пациенттерде ақпараттану және комплайенс деңгейі жоғары болды, бұл жағдай өз кезегінде ӨСС көрсеткіштерін едәуір жақсартты. Зерттеу нәтижесінде гастродуоденальды аймақтың жаралы-эрозиялы патологиясы бар пациенттерге диспансерлік бақылау жүргізу барысында және оңалту (реабилитация) кезінде гастромектеп ресурстарын қолданудың маңыздылығы көрсетілді.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

Гастродуоденальды аймақтың эрозивті-жаралы аурулары бар пациенттерде өмір сүру сапасын төмендеуі белсенді әлеуметтік бейімделуге және жұмыс істеуге кедергі болып табылатындықтан ем нәтижесін бағадауда және бақылау жоспарын құру барысында осы универсальды қарапайым өмір сапасын бағалау әдісін қолданған тиімді.

Амбулаториялық - емханалық этапта бастапқы превентивті шараларын жүргізу үшін гастродуоденальды жаралары бар пациенттерді қауіп факторлары бойынша стратификация жасау керек, өмір сүру сапасын бағалап дұрыс болжам жасау маңызды. Сонымен қатар, рецидивтер қайталанатын және рецидивтер үздіксіз қайталанатын ағымымен сипатталатын гастродуоденальды жараларға шалдыққан пациенттерді жеке қауіп тобына бөлініп ақпараттану және комплайенс жоғарлату мақсатында диспансерлік бақылау барысында міндетті түрде гастромектеп ресурстары қолданылуы тиіс.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі:

1. Гуртовенко И.Ю. Эпидемиология социально-значимых заболеваний желудочно-кишечного тракта // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 17-18.
2. Васильев Ю. В. Современная терапия язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*/Ю. В. Васильев//Трудный пациент.— 2007.— № 6—7.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство/Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.— 704 с.
4. Андреев Д.Н. Молекулярные механизмы антибиотикорезистентности *Helicobacter pylori* // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 6. – С. 62-64.
5. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Лебедева Е.Г. Сравнительная оценка эффективности стандартной тройной и последовательной антихеликобактерной терапии // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 44-45.
6. Михей Р.Ю., Лачугина О.О. Современные аспекты лечения заболеваний, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori* // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 3. – С. 24-26.
7. Sonnenberg A, Everhart JE: Health impact of peptic ulcer in the United States. *Am J Gastroenterol* 1997, 92:614–620.
8. Borgaonkar MR, Irvine EJ: Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000, 47(3):444–454. 3. Choi MG, Jung HK: Health related quality of life in functional gastrointestinal disorders in Asia. *J Neurogastroenterol Motil* 2011, 17(3):245–251.
9. Telaranta-Keerie A, Kara R, Paloheimo L, Härkönen M, Sipponen P. Prevalence of undiagnosed advanced atrophic corpus gastritis in Finland: an observational study among 4,256 volunteers without specific complaints. *Scand J Gastroenterol* 2010;45:1036–41.
10. Price AB. The Sydney System: histological division. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;6:209–22.
11. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, *Am J Surg Pathol* 2006. 20:1161–81.
12. Varis K. Family of behavior of chronic gastritis. *Ann Clin Res* 1981;13:123–9.
13. Valle J, Seppälä K, Sipponen P, Kosunen T. Disappearance of gastritis after eradication of *Helicobacter pylori*. A morphometric study. *Scand J Gastroenterol* 1991;26: 1057–65.
14. Hojo M, Miwa H, Ohkusa T, Ohkura R, Kurosawa A, Sato N. Alteration of histological gastritis after cure of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1923–32.

15. Annibale B, Di Giulio E, Caruana P, Lahner E, Capurso G, Bordi C, et al. The long-term effects of cure of *Helicobacter pylori* infection on patients with atrophic body gastritis. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1723–31.
16. Arkkila PE, Seppälä K, Färkkilä MA, Veijola L, Sipponen P. *Helicobacter pylori* eradication in the healing of atrophic gastritis: a one-year prospective study. *Scand J Gastroenterol* 2006; 41: 782–90.
17. Axon AT. *Helicobacter pylori* therapy: effect on peptic ulcer disease. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6:131–7.
18. Kosunen TU, Pukkala E, Sarna S, Seppälä K, Aromaa A, Knekt P, et al. Gastric cancers in Finnish patients after cure of *Helicobacter pylori* infection: A cohort study. *Int J Cancer* 2011; 128:433–9.
19. Lee Y-C, Chen TH-H, Chiu H-M, Shun CT, Chiang H, Liu TY, et al. The benefit of mass eradication of *Helicobacter pylori* infection: a community-based study of gastric cancer prevention. *Gut* 2013; 62:676–82.
20. Sipponen P, Kekki M, Haapakoski J, Ihamäki T, Siurala M. Gastric cancer risk in chronic atrophic gastritis: statistical calculations of cross-sectional data. *Int J Cancer* 1985;35: 173–7 39.
21. Correa P, Piazuelo MB. The gastric precancerous cascade. *J Dig Dis* 2012; 13:2–9.
22. Малышенко, О.С. Влияние возраста и типа поведения на течение язвенной болезни / О.С. Малышенко, Э.И. Белобородова, А.М. Вавилов // Тер.архив 2005.- №2. – С.28-31.
23. Шептулин, А.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт -5» [Текст] / А.А. Шептулин, В.А. Киприанис // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016.- №2. – С.88-89.
24. Лапина Т.Л. Современные подходы к лечению кислотозависимых *Helicobacter pylori* – ассоциированных заболеваний. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.- 2011.- №1.- с. 21-б.
25. Изатуллаев Е.А., Гридин И.О., Ердаш Б.Е., Макеева Н.М. Оценка современного состояния эрадикационной терапии при *Helicobacter pylori* – ассоциированных заболеваниях. // Терапевтический вестник.- 2009.- №4(24).- с. 44-47.
26. Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения за 2006-2008 гг.».
27. Турдалиева Б.С. Научно-обоснованные подходы к профилактике хронических неинфекционных заболеваний в современных условиях: автореф. ... докт.мед.наук: 14.00.33. – Алматы: Высшая Школа Общественного Здравоохранения,2008.- 41с
28. Kim JM, Jeong SH, Lee YJ, Park ST, Choi SK, Hong SC, Jung EJ, Ju YT, Jeong CY, Ha WS.. Analysis of risk factors for postoperative morbidity in perforated peptic ulcer // *J Gastric Cancer*. -2012.-12(1).- P. 26-35.
29. Arveen S, Jagdish S, Kadambari D Perforated peptic ulcer in South India: an institutional perspective // *World J Surg*. 2009.-33(8).- P.1600-4.

30. Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* // 2011.- P. 84-102.

31. Ордиева З.Н. Диагностическая и лечебная тактика у больных с гастродуоденальными кровотечениями. *Терапевтический вестник*.- 2010.- N2.- С.95-96.

32. Аруин Л.И. Из 100 инфицированных *H. pylori* рак желудка возникает у двоих. Кто они? // *Эксп. клин. гастроэнтерол.*- 2014.- №1.- с.12-18.

38. Gisbert J.P., Calvet X., Gomollon F., Mones J. Eradication treatment of helicobacter pylori: Recommendations of the II Spanish Consensus Conference. *Med Clin (Barc)*. – 2006. - 125(8). – P. 301-16. (PMID: 16159556).

39. Diagnosis of Helicobacter pylori (HP) in dyspepsia: quick reference guide for primary care for consultation and local adaptation. // Health Protection Agency and Association of Medical Microbiologists (HPA). – 2008 (www.hpa.org.uk) [Accessed: 30/06/2008].

40. Guideline for Treatment of Helicobacter Pylori Infection in Adults. Administered by the Alberta Medical Association. Update 2007. (<http://www.topalber>).

41. Kuipers E.J. et al. Helicobacter Pylori and nonmalignant diseases.// *Helicobacter*, 2004. - 9/S:29–34 (PMID: 15347303)

42. Сарсенбаева А.С. Генотипы helicobacter pylori и клинико-иммунологические особенности ассоциированных с ними заболеваний: автореф. ... докт.мед.наук: 14.00.05, 14.00.36. – Челябинск, 2007.- 50с.

43. Herszényi L, Juhász M, Mihály E, Tulassay Z. Peptic ulcer disease and stress // *Orv Hetil.*- 2015.- Vol. 156(35). – P. 1426-1429.

44. Byung-Wook Kim Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease: Present and Future Perspective // *Korean J Gastroenterol.* – 2016- Vol. 67 (6).-P. 318-320.

45. Абильмажинова Г.Т., Жакупова З.Ж., Болигуб А.Б., Азиканова М.К., Скоробогатова Н.А., Игольникова Е.Ф. Вопросы диспансеризации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки// *Журнал НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. Терапевтический вестник*. 2011. №02 (30). С. 55-56.

46. Ford, A.C., Delaney, B.C., Forman, D. and Moayyedi, P. (2006) Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients (Cochrane Review) // *The Cochrane Library*. – 2008. - Issue 2. www.thecochranelibrary.com.

47. Антонычев С.Ю., Мохорт Т.В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа // *Мед. панорама*. – 2003; 3 [электронный ресурс]. URL: http://healtheconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104 (дата обращения 26.05.2013).

48. Барышникова Н.В. Клинико-микробиологическая характеристика микробиоценоза и коррекция его нарушений у больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2006; 24 с.

49. Маев И.В., Самсонов А.А., Одинцова А.Н. и др. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии // Рус. мед. журн. [электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_7016.htm (дата обращения 27.05.2013).

50. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. – 2000; 1 (4): 1–7.

51. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. / М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007; 320 с.

52. Орлов, С. В. Сравнительный анализ качества жизни у больных калькулезным холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим методами : автореф. ... дис. д. м. н.: 14.00.27 / Орлов Сергей Валерьевич. — Саратов, 2008. — 97 с.

53. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid // Hth. Forum. — 1996. — Vol.1. — P. 29.

54. Звягина, Н. М. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечебных и реабилитационных программ / Н. М. Звягина, С. С. Кудренко, О. В. Антонов // Journal of Siberian medical sciences. — 2015. — № 6. — С. 30.

55. Шевченко, Ю. Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Ю. Л. Шевченко // Исследование качества жизни в медицине : материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Санкт Петербург, 2000. — С. 3—22.

56. Баранов, А. А. Оценка качества жизни — новый инструмент комплексного обследования гастроэнтерологического больного / А. А. Баранов, А. С. Потапов, Е. С. Дублина, Е. В. Комарова. // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 38—43.

57. Панибратец, Л. С. Оценка качества жизни в хирургии / Л. С. Панибратец // Вестн. КРСУ. — 2009. — Т. 9, № 10. — С. 163—166.

58. Барышникова, Н. В. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных / Н. В. Барышникова, Л. Белоусова, В. Петренко, Е. Павлова // Врач. — 2013. — № 7. — С. 62—65.

59. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине : учебное пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 304 с., 205.

60. Locke, G. R. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease / G. R. Locke // Mayo Clin. Proc. — 1994. — Vol. 69. — P. 539—547.

61. Young, T. L. A development and validation process for a disease-specific quality of life instrument / T. L. Young, L. J. Kirchdoerfer, J. T. Osterhaus // *Drug. Inf. J.* — 1996. — Vol. 30. — P. 185—193.

62. Bamfi, F. Measuring quality of life in dyspeptic patients: development and validation of a new specific health status questionnaire — Final report from the Italian QPD 101 project involving 4000 patients / F. Bamfi, A. Olivieri, F. Arpinelli // *Am. J. Gastroenterol.* — 1999. — V. 94. — P. 730—738.

63. Chassany, O. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders / O. Chassany, P. Marquis, B. Scherrer // *Gut.* — 1999. — Vol. 44. — P. 527—33.

64. Петренко, В. В. Клинико-патогенетические особенности и пути коррекции дисбиоза кишечника и дислипидемии у больных с функциональным запором : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.00. / Петренко Виталий Владимирович. Санкт-Петербург, 2009. — 23 с.,

65. Шуваев, В. А. Характеристика качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.00/ Шуваева Владимир Александрович. — Санкт-Петербург, 2004. — 22 с

66. Шкляев, А. Е. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника / А. Е. Шкляр, Ю. В. Горбунов // *Архивв внутренней медицины.* — 2016. — № 4. — С. 53—57.

66. Колесников, Д. Б. Особенности психического состояния и качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с позиции хрономедицины / Д. Б. Колесников, Л. А. Вознесенская, С. И. Рапопорт, М. И. Расулов // *Клиническая медицина.* — 2016. — Т. 9, № 6. — С. 450—454.

67. Евсина, О. В. Качество жизни в медицине — важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) [Электронный ресурс] / О. В. Евсина // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие,* 2013. — Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru>. — (20.04.2019).

68. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине : учебное пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 304 с. 2. Quality of life of the healthy population of St. Petersburg / A. A. Tzepcova [et al.] // *Quality of life research.* — 2000. — Vol. 9, N 3. — P. 286.