

УДК 616.146.4: 616.24-008.331.1

*К.Б.Ташкенбаева¹*¹Казахский медицинский университет непрерывного образования
г.Алматы, Казахстан

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН В УСЛОВИЯХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АННОТАЦИЯ

Исследованы особенности строения печеночных вен в условиях экспериментальной легочной гипертензии и после ее устранения. Для изучения структуры сосудистой системы печени проводили внутриорганный наливку 0,5 %-ным раствором азотнокислого серебра по Ю.Е. Выренкову (1983). Для гистологического исследования кусочки печени брались в различных участках и фиксировались в 10 %-ном растворе нейтрального формалина. Гистологические исследования проводили с использованием гематоксилин-эозина, по Ван-Гизону; и аргирофильный каркас по методике Гордона – Свита. В ходе динамического исследования после пульмонэктомии выявлено постепенное образование спиралеобразных структур в стенке печеночных вен, представленных циркулярными мышцами, которые могут играть роль сфинктеров, препятствующих ретроградному току крови при повышении давления в вышележащих сосудах. Установлено, что после пульмонэктомии развивается легочная гипертензия, которая приводит к нарушению оттока крови от печени. Флебогипертензия печеночных вен вызывает гипертрофию меди и с появлением выраженных спиралеобразных структур. Хирургическая коррекция легочной гипертензии с шунтированием сосудов малого круга кровообращения предотвращает развитие гипертрофии мышечной оболочки печеночных вен. Проведенная экспериментальная работа направлена на изучение эфферентных внутриорганных вен в норме и при патологии даст возможность трактовать механизмы гемодинамических нарушений, для правильного назначения медикаментов.

Ключевые слова: флебогипертензия, печеночные вены, пульмонэктомия, по Ван-Гизону.

Введение. По данным Европейского регионального бюро ВОЗ, из 43 стран региона уровень смертности от хронических заболеваний печени является высоким (более 25 случаев смерти на 100 тыс. населения) в 7 странах СНГ и 5 странах Центральной и Восточной Европы, составляя в среднем по европейскому региону - 17. За последние 10 лет в 5 странах уровень смертности увеличился более чем на 50 % [1]. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа больных с хроническими заболеваниями легких, требующих оперативных вмешательств [2-8]. Резекция легочной ткани, являющаяся радикальным методом лечения при этих состояниях, ведет к уменьшению паренхимы легких и сокращению сосудистой сети в зависимости от объема резекции. Сокращение сосудистого русла, в свою очередь, приводит к развитию легочной артериальной гипертензии [9-15]. Утрата половины сосудистого русла малого

круга при пульмонэктомии частично компенсируется сосудистым руслом оставшегося легкого. Внутрилегочные шунты при пульмонэктомии позволяют компенсировать кровообращение у больных после операции. Благодаря естественным артериовенозным анастомозам облегчается отток крови (сброс справа налево) из системы легочной артерии осуществляется относительное снижение давления в ней, тем самым уменьшается нагрузка на правый желудочек. Однако эти анастомозы открываются ценой потери функции оставшегося легкого и имеют свои физиологические пределы [16-21].

Особого внимания заслуживает изучение сосудистой сети печени при пульмонэктомии, осложненной легочной артериальной гипертензией, так как печень благодаря своей мощной и пластичной сосудистой системе выполняет роль экстракардиального фактора регуляции гомеостаза.

При патологии вен или при патологических процессах с вовлечением внутриорганных вен большую роль играют клапанные аппараты и подобные им структуры. Изучением вен и клапанов вен занимались многие исследователи, такие, как А.Н.Максименков (1949), И.А.Костромов (1956), Д.Г.Мамамтавршвили (1964), В.В.Парина и Ф.З.Меероона (1965), В.Н.Банков (1974). Полученные сведения о количестве клапанов в отдельных венах не всегда совпадают. Это естественно, так как пределы индивидуальных колебаний числа клапанов весьма значительны. На основе обобщения данных различных авторов клапаны защищают венулы и капилляры от резкого повышения давления во время деятельности "мышечного насоса", а также при внезапных изменениях давления. Створки полноценных клапанов прочны, они выдерживают давление до 3 атм. Локализация и функция клапанов взаимно обусловлены. Те отделы, в которых чаще наблюдается возможность ретроградного кровотока, имеют наибольшее число клапанов. Вены каждого органа обладают специфичностью в зависимости от функционального назначения. К сожалению, изучению внутриорганных вен в литературе уделяется внимания недостаточно.

Цель исследования: изучить особенности строения печеночных вен в условиях экспериментальной легочной гипертензии и после ее устранения.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование было выполнено на 40 беспородных кроликах обоего пола массой от 2000 до 2500 г (эксперимент проводился в соответствии с конвенцией о гуманном обращении с экспериментальными животными). Нами были проведены III серии экспериментов:

- контрольная;
- с экспериментальной легочной гипертензией;
- после устранения экспериментальной легочной гипертензии.

Во II серии опытов производилась левосторонняя пульмонэктомия общепринятым способом, что соответствовало удалению 42 весовых процентов легочной ткани. При ИВЛ производилась торакотомия в 5-м межреберье слева заднебоковым доступом. Рефлексогенные зоны корня левого легкого инфильтрировались 0,5 %-ным раствором новокаина.

Левое легкое смещалось в вентро-медиальном направлении. Выделялся основной ствол легочной артерии и пересекался между двумя лигатурами. Левые бронхиальные артерии лигировались в области корня удаляемого легкого. Смещением ткани левого легкого краниально выделялась нижнедолевая вена и пересекалась между двумя лигатурами. На центральные отрезки сосудов накладывались прошивные лигатуры. Смещением левого каудального выделялись и лигировались вены верхней и средней долей. На рассеченный бронх накладывался шов. После проверки на герметичность наложенных швов и лигатур рана грудной стенки ушивалась наглухо.

В III серии опытов на 15 кроликах производилась пульмонэктомия слева при артериовенозном шунте малого круга кровообращения. После анестезии рефлексогенных зон 0,25 %-ным раствором новокаина, выделяли артерию и вену нижней доли левого легкого на протяжении около 3 см. Эту долю удаляли, а концы мобилизованных артерий и вены соединяли с помощью аппарата АСЦ-8 конец в конец. Убедившись в проходимости шунта, измеряли давление в легочной артерии. Измерения показали, что удаление нижней доли легкого (26 % легочной ткани) не приводило к увеличению давления в системе легочной артерии. Давление не повышалось и после того, когда при функционирующем состоянии артериовенозного шунта удаляли верхнюю и среднюю доли легкого, определяли сброс крови по шунту справа – налево при помощи электромагнитного флоуметра.

Для изучения структуры сосудистой системы печени проводили внутриорганные наливку 0,5 %-ным раствором азотнокислого серебра по Ю.Е.Выренкову (1983).

Для гистологического исследования кусочки печени брались в различных участках и фиксировались в 10 %-ном растворе нейтрального формалина. Гистологические исследования проводили с применением обычных методов окраски (гематоксилин-эозин, по Ван-Гизону) и аргирофильный каркас определяли по методике Гордона – Свита. Морфометрические исследования проводили с помощью окуляр-микрометра, а цену деления определяли с помощью объект-микрометра.

Результаты исследования. Максимальное повышение давления в легочной артерии -

Численность экспериментальных животных и гистологических препаратов

Группа	Время, количество суток					п животных	Метод окраски		
	1	3	7	15	30		гемаоксилинэозин	по Ван-Гизону	по Выренкову
Контроль	2	2	2	2	2	10	200	200	200
После эксп. легочной гипертензии	3	3	3	3	3	15	200	200	200
После операции	3	3	3	3	3	15	200	200	200
Всего						40	600		

42±2,7 мм рт. ст. и в правом желудочке (44±±1,4 мм рт. ст.) отмечается через одни сутки после пульмонэктомии. В эти же сроки после пульмонэктомии с шунтированием давление легочной артерии оставалось в пределах контрольных величин.

Через 3 суток после пульмонэктомии давление в легочной артерии составило 40±2,3 мм рт. ст., а после пульмонэктомии с шунтированием давления в легочной артерии – 22±1,5 мм рт. ст., т. е. на 45 % меньше, чем при пульмонэктомии.

Через 7 суток после пульмонэктомии давления в легочной артерии было 35±2,4 мм рт. ст., а после пульмонэктомии с шунтированием

давления в легочной артерии – 21±1,4 мм рт. ст., что на 40 % меньше, чем до шунтирования.

На 15-е сутки после пульмонэктомии наступает некоторое улучшение в гемодинамике малого круга кровообращения. Показатели давления в легочной артерии соответствуют 31±2,1 мм рт. ст., а после шунтирования – 21,5±±1,6 мм рт. ст., что на 32,2 % меньше, чем до шунтирования.

На 30-е сутки после операции давление в легочной артерии составило 32,4±0,9 мм рт. ст., а после шунтирования – 22±1,8 мм рт. ст., или на 32 % меньше, чем при пульмонэктомии (рис 1).

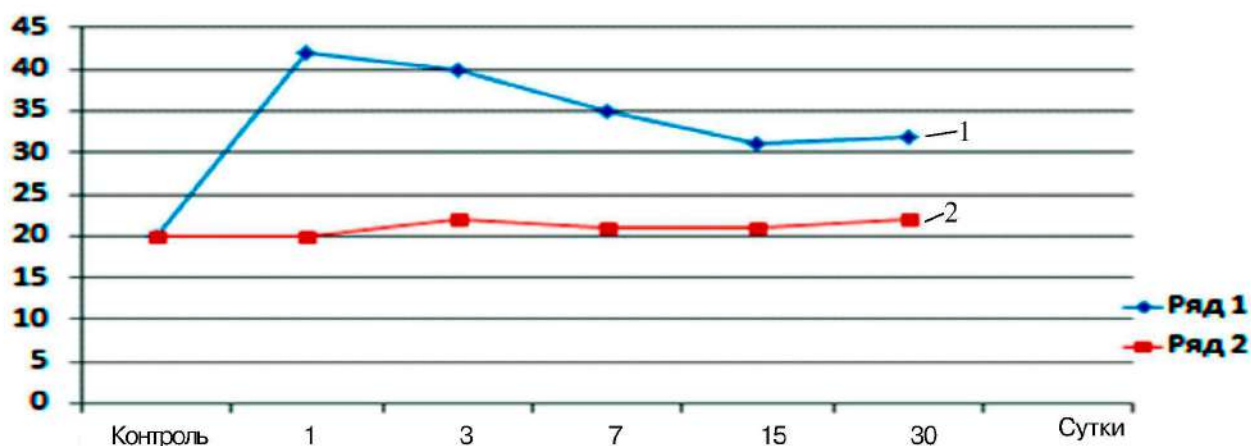


Рис. 1. Давление в ЛА: 1) после пульмонэктомии; 2) после пульмонэктомии с шунтированием малого круга

Через одни сутки после пульмонэктомии стенки собирательных печеночных вен утолщены, а их просветы расширены в среднем до 171±6,1 мкм. В тот же срок после пульмонэктомии с шунтированием рост ширины просве-

та собирательных вен доходит до максимума и составляет 165±4,9 мкм, что на 3,5 % меньше, чем при пульмонэктомии.

Через 3-е суток после левосторонней пульмонэктомии параметры ширины собиратель-

ных печеночной вены составляли $183 \pm 6,3$ мкм. На 3-и сутки после пульмонэктомии с шунтированием ширина просвета несколько уменьшилась и составила $160 \pm 4,3$ мкм, что на 12,6 % меньше, чем при пульмонэктомии.

Ширина просвета через 7 суток после пульмонэктомии составила $206 \pm 7,2$ мкм, а после пульмонэктомии с шунтированием ширина просвета собирательных печеночных венул находилась на уровне $152 \pm 3,6$ мкм и оказалась на 26,3 % меньше, чем при пульмонэктомии.

Через 15 суток после пульмонэктомии при измерении ширины все же еще сохраняется расширение просвета печеночных вен. Эти показатели находятся на уровне $194 \pm 8,6$ мкм. На 15-е сутки после пульмонэктомии с шунтированием ширина просвета собирательных печеночных вен составила $154 \pm 4,5$ мкм ($p > 0,05$), или меньше на 20,6 %, чем до шунтирования.

Через 30 суток после левосторонней пульмонэктомии диаметр просвета этих вен в среднем составил $162 \pm 5,4$ мкм, а в тот же срок после пульмонэктомии с шунтированием ширина просвета собирательных печеночных вен составила $150 \pm 4,1$ мкм ($p > 0,05$), что на 7,4 % меньше, чем при пульмонэктомии (рис. 2).

Таким образом, шунтирование сосудов удаляемого легкого, как правило, приводит к снижению давления легочной артерии. Расширение дренирующих вен и синусоидов вызывает увеличение диаметра просвета сосудов портальной венозной системы. Это, видимо, является предохранительным механизмом, направленным на депонирование крови не только в печени, но и в портальной системе. При этом наблюдаемое в терминальных воротных венулах неравномерное расширение с суженными сегментами указывало на ауторегуляцию поступления крови в синусоидальные капилляры. Качественные и количественные показатели параметров микрососудистого русла печени и желчного пузыря к концу недели имеют тенденцию к улучшению. В течение 5-30 суток изучаемые показатели сосудистой сети печени и желчного пузыря постепенно восстанавливаются. В ходе динамического исследования после пульмонэктомии выявлено постепенное образование спиралеобразных структур в стенке печеночных вен, представленное циркулярными мышцами, которые, возможно, могут играть роль сфинктеров, препятствующих ретроградному току крови при повышении давления в вышележащих сосудах. Устране-

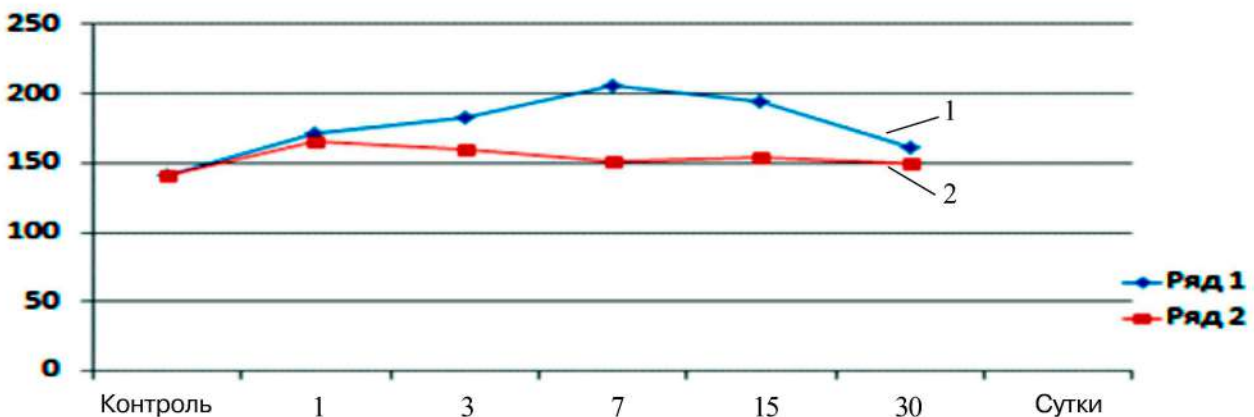


Рис. 2. Диаметр собирательных печеночных венул: 1) после пульмонэктомии; 2) после пульмонэктомии с шунтированием малого круга

ние легочной гипертензии предотвращает образование спиралеобразных структур в стенке внутриорганных печеночных вен.

Выводы

1. Структурно-функциональные элементы микроциркуляторного русла печени у кролика построены, как у человека.

2. После пульмонэктомии развивается легочная гипертензия, которая приводит к нарушению оттока крови от печени. Флебогипертензия печеночных вен вызывает гипертрофию меди с появлением выраженных спиралеобразных структур.

3. Хирургическая коррекция легочной ги-

пертензии с шунтированием сосудов малого круга кровообращения предотвращает развитие гипертрофии мышечной оболочки печеночных вен.

4. Выявленная спиралеобразная структура в стенке печеночных вен после пульмонэкто-

мии, представленная циркулярными мышцами, может играть роль сфинктеров, препятствующих ретроградному току крови при повышении давления в вышележащих сосудах, которые не образуются после шунтирования.

ЛИТЕРАТУРА

1 *Иваников И.О., Сюткин В.Е., Говорун В.М.* Гепатология // Болезни печени. http://gepat.ru/kont/syndrom/pechenochno-legochnyj_sindrom.html

2 *Алиев М.А., Иоффе Л.Ц., Воронов С.А., Болотова Н.А.* Гипертензия малого круга кровообращения у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (методы исследования, классификация, фармакодинамика, регионарные функции) // Легочная гипертензия. – Алма-Ата, 1984. – С. 3-10.

3 *Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И.* Хирургия легких детей // Всесоюз. съезд хирургов ХХХ: тез. докл. – Минск, 1981. – С. 163-165.

4 *Тыщевский В.И.* Некоторые методические предпосылки к изучению распространенности и исходов неспецифических заболеваний легких у взрослых, 1977. – С. 9-10.

5 *Путов Н.В., Федосеев Г.Б.* Вопросы борьбы с хроническими неспецифическими заболеваниями легких: тер архив. – 1974. – № 5. – С. 3-10.

6 *Бейсебаев А.А.* Хирургия бронхоэктазий и сопутствующих бронхолегочных заболеваний: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 1984. – 35 с.

7 *Schiceaduz H., Qeesneer J., Vollmer E.* Zur Auneireund Lundenveruleinerder Eingriffe auf der Blutdruce innerhalb dor aleinen Kreislautes // Zbl. Chir. – 1963. – Vol. 88, № 4. – P. 321-330.

8 *Qlanreible F.R., Burxe C.V., Theodore J.* Primary pulmonary hypertension. Length of surreirealpatient'sreffered for heart-lung transplantation // Chest. – 1987. – Vol. 91, № 5. – P. 675-681.

9 *Воронцов Ю.П.* Состояние кровообращения в малом круге при наиболее распространенных хронических заболеваниях легких и воронкообразная грудная клетка у детей: автореферат дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 1985. – 48 с.

10 *Русанов Г.А., Морозова В.В., Кайназаров А.К., Алмабаев И.А., Кучер И.М.* Морфологические изменения печени при пострезекционной легочной гипертензии в эксперименте // Вестн. хирургии. – 1980. – № 6. – С. 3-11.

11 *Русанов Г.А., Морозова В.В., Кайназаров А.К., Алмабаев И.А.* Изменения углеводного обмена и давления крови в правом желудочке сердца после пульмонэктомии в эксперименте // Вестн. хирургии. – 1976. – № 7. – С. 38-41.

12 *Хазанов А.Т., Шерешевский Б.М.* Патологическая анатомия и вопросы патогенеза легочного сердца. – Л.: Медицина, 1971.

13 *Вайда Р.И.* Морфофункциональная и морфометрическая характеристика миокарда после резекции легких: автореферат дис. ... д-ра. мед. наук. – Тернополь, 1988.

14 *Шерешевский Б.М.* Кровообращение в малом круге. – М., 1970. – 304 с.

15 *Хаяси Т.* Эхо-фонокардиологическая оценка легочной гипертензии. – Токио: Токийский ун-т., 1985. – С. 102-106.

16 *Навратил М., Кадлец К., Даум С.* Патофизиология дыхания / пер. с чеш. – М., 1976. – С. 67-72.

17 *Авгандов Е.С.* Газы и КЩС в крови // Руководство по клинической физиологии дыхания. – М.: Медицина, 1980. – С. 182-209.

18 *Бокша В.Г., Брусиловский Б.М., Жуковский Л.И.* Определение показателей функционального состояния дыхания и кровообращения и их интерпретации при оценке дыхательной недостаточности // Метод. рекоменд. – Ялта, 1988. – 32 с.

19 *Вайда Р.И.* Анатомо-физиологическое обоснование шунтирования малого круга кровообращения при обширных резекциях легких в эксперименте // Вестн. хирургии. – 1980. – № 6. – С. 9-14.

20 Maurer E.R. Mayor thoracic surgery after sixty // Ann.Thor.Surg. – 1966. – Vol. 2, № 6. – P. 808-813.

21 Achutach K., Achutach K., Dunsky M. Monlqrelaree tests for responsiveness of pulmonary hypertension to oxygeon. Prediction of surreired in patlents with chronic obstructive lung dissase and corpulmonare // Pulm. Dlseases Sect., Dep. Of Med., Veterans Administration Med.Sekt. Surgery. – N U USA/ – 1987. – Vol. 92. – P.393-399.

ТҮЙІН

Зерттеу мақсаты: эксперименталдық өкпе гипертензиясы жағдайларында және оны жойғаннан кейін бауыр көктамырларының ерекшеліктерін зерттеу. Қантамыр жүйесінің құрылымын зерттеу үшін Ю.Е.Выренков бойынша (1983) азот қышқылды күмістің 0,5% ерітіндісін ағза ішіне құюды жүзеге асырдық. Гистологиялық зерттеу үшін әр телімдерінен бауыр бөліктері алынды және бейтарап формалиннің 10% ерітіндісінде бекітілді. Гистологиялық зерттеу Ван Гизон бойынша гематоксилин-эозинді және Гордон-Свит әдістемесі бойынша аргирофильді қаңқаны пайдалану арқылы жүргізілді. Пульмоноэктомиядан кейінгі динамикалық зерттеу барысында жоғарыдағы қантамырлар қысымының көтерілуі кезінде қанның кертартпа ағысына кедергі келтіретін сфинктер рөлін атқаратын циркулярлық бұлшықеттерде көрінген бауыр көктамырларының қабырғасында шиыршық тәріздес құрылымның біртіндеп пайда болуы анықталды. Пульмоноэктомиядан кейін қанның бауырдан кері ағуының бұзылуын туындататын өкпе гипертензиясы дамиды. Бауыр көктамырларының флебогипертензиясы айқын шиыршық тәріздес құрылымдар пайда болғаннан медия гиперт рофиясын туындатады. Қанайналымның кіші шеңберінің қантамырларын шунт қою арқылы өкпе гипертензиясын хирургиялық түзету бауыр көктамырларының бұлшықет қабықшалары гипертрофиясының алдын алады. Жүргізілген эксперименттік жұмыс қалыпты жағдайдағы және патологиялар кезіндегі ағзаішілік эфференттік көктамырларды зерттеуге бағытталған, дәрі-дәрмектерді дұрыс тағайындау үшін гемодинамикалық бұзылулар механизмдерін түсіндіруге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: флебогипертензия, бауыр көктамырлары, Ван-Гизон бойынша пульмоноэктомия.

SUMMARY

To study features of a structure of hepatic veins in the conditions of experimental pulmonary hypertension and after its elimination. For studying of structure of vascular system of a liver carried out intra organ fruit liqueur of 0,5 % by solution of nitrate silver across VyrenkovYu.E (1983). For a histologic research, pieces of a liver undertook in various sites and were fixed in 10% solution of neutral formalin. Histologic researches were conducted with use hematoxylin-eosin, according to Van Gizonu; and an argirofil framework by Gordon Suite technique. During the dynamic research after a pulmonectomyit is revealed gradual formation of turbinal structures in a wall the hepatic of veins, presented by circular muscles which can perhaps play a role of the sphincters interfering retrograde current of blood at increase in pressure in overlying vessels. After a pulmonectomy pulmonary hypertension, which leads to violation of outflow of blood from a liver, develops. Flebogipertenzion of hepatic veins cause a hypertrophy of a mussel with the advent of expressed turbinalструктур. Surgical correction of pulmonary hypertension with shunting of vessels of a small circle of blood circulation prevents development of a hypertrophy of a muscular cover of hepatic veins. The carried-out experimental work is directed to studying of efferent intra organ veins normal and at pathology will give the chance to treat mechanisms of haemodynamic violations, for the correct purpose of medicines.

Key words: flebogipertenzion, hepatic veins, pulmonectomy, according to Van-Gizon.

Раздел II

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

УДК 615.8

С.К.Аксакалова¹

Республиканский клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны,
г. Алматы, Казахстан

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

АННОТАЦИЯ

В комплексе реабилитационных мероприятий у особой категории пациентов применение физиотерапевтического и бальнеологического методов лечения в комбинации определенных схем позволило определить эффективность данной методики. Проведение определенных комбинаций электролечения в сочетании с водными процедурами у пациентов при наличии основного и сопутствующего заболеваний дает положительный практический результат. Реабилитация лиц, участвовавших в боевых действиях в Афганистане, ликвидация аварии на Чернобыльской АЭС, а также реабилитация лиц, подвергшихся радиации на Семипалатинском полигоне, всегда находится под пристальным вниманием государства и лично Президента РК, что связано с психологическими, социальными и медицинскими последствиями этих событий.

Ключевые слова: реабилитация, энцефалопатия, физиотерапия, бальнеотерапия.

Перечисленные события оказали многообразное воздействие на психику, личность, поведение и здоровье данного контингента лиц. Все изменения, возможно, являются проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии различного генеза. Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войны и приравненных к ним лиц является медицинским учреждением в системе реабилитационной помощи, который располагает привлекательным сочетанием климатолечебных возможностей с природной минеральной водой, а также имеет хорошую лечебно-диагностическую базу.

Цель работы – оценить эффективность схем лечения с использованием дарсонвализации и душа Шарко и минеральных ванн или электрофореза/электросна с бромом и подводного душа-массажа при энцефалопатиях различного генеза у данного контингента лиц.

Материалы и методы. Клинические наблюдения были проведены у 132 пациентов гос-

питаля за последний год. Всем пациентам выставлен диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза»: сосудистая – у 46 пациентов (34,9 %), посттравматическая – у 20 (15,1 %), смешанная – у 66 (50 %). Пациенты прошли комплексную терапию с включением электро- и бальнеопроцедур. Организованы 2 группы с учетом наличия АГ и соответственно выбором щадящего комплекса лечения: I группа (72 пациента) с АГ I-II ст. (55 %), II группа (60 пациента) без АГ (45 %).

Пациенты I группы получили дарсонвализацию волосистой части головы и/или шейно-воротниковой зоны с чередованием душа Шарко и минеральных ванн. Пациенты II группы – электрофорез шейно-воротниковой зоны с бромом или электросон с подводным душем-массажем.

Электропроцедуры, дарсонвализация и электрофорез/электросон, в частности, способ-

ствуют нормализации тонуса сосудов поверхностных и глубоких, непосредственно в зоне наложения электродов и опосредованно на сегментарно-рефлекторные зоны, улучшению кровообращения, повышению клеточного и тканевого обменов с улучшением трофики тканей, в том числе и головного мозга, уменьшению застойных явлений. При проведении электрофореза с бромом лечебный эффект достигается сочетанным воздействием электрического тока и лекарственного препарата.

Использование водных процедур оказывает общее воздействие на весь организм, а именно: стимуляция обменных процессов, укрепление иммунитета, адаптация организма к изменениям внешней среды, болеутоляющий, расслабляющий, успокаивающий эффекты. Лечебный эффект водных процедур также обусловлен использованием местной минеральной природной воды из скважины № 28/91, являющейся слабоминерализованной (0,50-0,60 г/дм³), щелочной (РН 8,2-9,4), стабильного хлоридно-сульфатного, натриевого состава, обогащенной кремниевой кислотой (до 55 мг/дм³) и фтором (до 22 мг/дм³), приближенной к группе щелочных кремнистых терм Арасан-Капальского гидрхимического типа (СТ РК 452-2002, тип VIIa).

Сочетание электро- и бальнеологических процедур способствует синергизму их лечебных эффектов, что ведет к повышению эффективности лечения и длительной ремиссии хронических заболеваний.

Учет результатов проводился на основании регресса неврологической симптоматики (нормализации сна, уменьшения или исчезновения головных болей, улучшения настроения, восстановления психоэмоционального статуса, нормализации АД), повышения умственной и физической работоспособности на момент лечения и в ретроспективе.

Результаты и обсуждение. У больных до лечения основными жалобами были: головные боли, головокружение, шум в голове, нарушение сна, раздражительность, снижение памяти, апатия и др. Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии выставлен на основании жалоб, неврологического статуса и данных КТ- или МРТ-исследований.

Необходимо отметить, что использование физио- и бальнеопроцедур было частью комплексной программы реабилитации данного контингента лиц, которая включала также медикаментозное лечение, психотерапию, массаж, кинезиотерапию и лечебное плавание в бассейне.

У 65 пациентов I группы (90 %) наблюдалось стойкое снижение АД. У 7 пациентов (10 %) отмечалось периодическое незначительное повышение давления, что было связано с метеочувствительностью данных пациентов и пребыванием их в высокогорной местности. В результате комплексного лечения у всех пациентов отмечено уменьшение головных болей, нормализация сна, улучшение настроения, повышение работоспособности, улучшение умственного и физического самочувствия и т.д. Положительные изменения носили стойкий и длительный характер, что было прослежено в ретроспективе.

Сравнительный анализ клинико-физиологического действия выбранных методов лечения позволил выявить некоторые отличия использования различных комбинаций процедур у пациентов с учетом основного и сопутствующих заболеваний. Выбранное сочетание дарсонвализации и душа Шарко и минеральных ванн позволило избежать побочных явлений и отрицательной реакции у пациентов с АГ.

Пациентам II группы с целью улучшения кровообращения, нормализации тонуса сосудов головы, стабилизации процессов возбуждения и торможения в ЦНС, отсутствия давления позволило назначение таких процедур, как электрофорез с бромом или электросон и подводного душа-массажа.

Выводы

Результаты проведенного исследования показали высокую эффективность методов физиотерапевтических процедур и бальнеотерапии в лечении энцефалопатий различного генеза, хорошую переносимость, что дает основание рекомендовать включение их в программу реабилитации данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Медведев А.С.* Основы медицинской реабилитологии. – Минск, 2010.
- 2 Медицинская реабилитология (руководство) в 3-х томах / под ред. В.М. Боголюбова – М.: Смоленская обл. типография, 2007.
- 3 *Епифанов В.А., Епифанов А.В.* Реабилитация в неврология // Библиотека врача-специалиста. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 416 с.

ТҮЙІН

Науқастардың арнайы санаттағы осы техника тиімділігін анықтауға мүмкіндік кейбір схемаларын біріктіру кезінде физиотерапия және СПА пайдалану кешенді оңалту. Негізгі және ілеспелі аурулардың бар болуы кезінде науқастарда су процедуралары ұштастыра отырып, электрлі іске асыру белгілі бір комбинациялары практикалық оң береді.

Түйінді сөздер: оңалту, энцефалопатия, физиотерапия, бальнеотерапия.

SUMMARY

In the complex rehabilitation in a special category of patients, the use of physical therapy and spa treatments in certain schemes combinations allowed to determine the effectiveness of this technique. Implementation certain combinations of electrotherapy in conjunction with water procedures in patients in the presence of the main and concomitant diseases with a positive bottom line.

Key words: rehabilitation, encephalopathy, physiotherapy, balneotherapy.

УДК 159.9:614

Ж.С.Калел^{1}, А.М.Арингазина¹, Г.Т.Мещанов¹*

¹Казахстанский медицинский университет "Высшая школа общественного здравоохранения", г. Алматы, Казахстан

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

АННОТАЦИЯ

Профессия врача – одна из самых необходимых, сложных и благородных профессий, но социально-психологическим аспектам деятельности медицинских работников не уделяется должного внимания. Положительное влияние на психологические аспекты деятельности врача улучшит качество жизни как медицинских работников, так и пациентов. Профессиональный стресс – это многогранное явление, проявляющееся в виде психологических и соматических реакций организма на тяжелые ситуации в деятельности человека. Многочисленными исследованиями доказано, что уровень профессионального стресса вплотную связан с материальным и семейным положением, местом работы и полом. Улучшение социальных детерминант здоровья и предупреждение профессионального стресса являются актуальными проблемами, которые следует решить для улучшения качества жизни врачей.

Ключевые слова: психология, врач, профессиональный стресс.

Здоровье населения – ценнейший ресурс и индикатор благосостояния, процветания страны. Здоровье по Уставу ВОЗ "... является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов". И если общему благосостоянию и душевному здоровью пациентов в новой эре пациентно-ориентированного подхода уделяется наибольшее внимание, то психологическое и социальное благополучие медицинских работников зачастую получает намного более низкий приоритет.

Актуальность данного вопроса трудно переоценить, так как это важно не только для самих врачей, но и для пациентов, и всего населения. Сейчас исследователи все больше обращают внимание на социально-психологические аспекты деятельности врача, но данная сфера еще полностью не изучена. Определение и анализ существующих проблем позволит повысить уровень качества жизни для всех сторон.

Если говорить о социальном положении, то оно во многом связано с заработной платой. Медицинские работники в среднем получают недостаточно, особенно, если сравнивать с коллегами в некоторых европейских странах, таких как Нидерланды (средняя ежегодная зарплата ВОП – 117 000 \$, специалистов – 253 000 \$), Бельгия (ВОП – 61 000 \$, специалистов – 188 000 \$), Великобритания (ВОП – 118 000 \$, специалис-

тов – 150 000 \$), Франция (ВОП - 92 000 \$, специалистов - 149 000 \$). В рейтинге "Forbs" США в десятке профессий с самой высокой оплатой первые 9 мест занимают именно врачи. В рейтинге веб-ресурса Pay Scale в десятке самых выгодных профессий врачи заняли целых 8 мест. Во всех рейтингах самые прибыльные работы в США – хирург и анестезиолог, получающие 16-17 тыс. дол. в месяц. Относительно низкая оплата у семейных врачей (14,5 тыс. дол. в месяц), педиатров (15 тыс. дол.) и врачей-терапевтов (15,9 тыс. дол.). Врачи высокого класса зарабатывают гораздо больше: хирурги-ортопеды – 43 тыс. дол. в месяц, урологи – 33 тыс. дол. Кроме заработной платы врачи США имеют также различные социальные льготы: при оплате медицинской страховки, оплате гостиниц, участии в конференциях, гонорары за публикацию научных статей [27].

Вкупе с социальным положением напряженная работа оказывает ощутимое давление на врачей, вызывая стресс, психоэмоциональное выгорание, снижение мотивации. Появляются психосоматические заболевания, такие как артериальная гипертония, неспецифический колит, язвенная болезнь желудка вследствие длительного влияния вредоносного дистресса [15]. Не говоря уже про постоянно возрастающий вместе со стажем работы риск возникновения сопутствующих профессиональных болезней: раз-

нообразные болезни рук у стоматологов [8, 9], облучение рентгенологов, влияние следовых концентраций ингаляционных анестетиков у анестезиологов [4], эффект от длительного взаимодействия химических и медицинских препаратов или риск заражения ВИЧ.

Есть такая разновидность понятия «стресс» как «экзаменационный стресс», который нередко приписывают стрессовым нагрузкам студента, готовящегося к важному экзамену. Этому явлению также подвержены и хирурги, которым предстоит сложная операция, или врачи, столкнувшиеся со сложным случаем [1].

Как известно, стресс имеет 3 стадии развития в зависимости от реакции организма на внешнее давление: тревога, адаптация и истощение. Согласно мнению Ганса Селье, силы сопротивления организма не бесконечны, если вредоносные факторы будут влиять достаточно долго, то наступает истощение, начинаются патологические изменения.

Сегодня все еще продолжается изучение стресса как феномена и открываются все новые и новые теории относительно его структуры, происхождения или характеристики, а именно:

- генетически-конституциональная теория - теория о том, что способность организма к сопротивлению стрессовым факторам предопределена ее наследственностью, генотипом. Вне зависимости от ситуации и внешних обстоятельств только гены несут ответственность за стрессоустойчивость конкретной личности;

- теория предрасположенности к стрессу - основана на связанном действии двух факторов, таких, как генетическая предрасположенность и сильные внешние воздействующие факторы. Эти факторы способны влиять друг на друга, на определенную генетическую предрасположенность могут иметь место резкие, сильные внешние воздействия:

- психодинамическая теория - основана на видах появления беспокойства, разработанных З.Фрейдом:

- сигнализирующая тревога – появляется как предупреждение реальной внешней опасности;

- травматическая тревога – возникает под влиянием внутренних, бессознательных факторов (к примеру, тревога, появившаяся из-за влияния внутренне удерживаемой ярости и гнева);

- междисциплинарная модель – данная теория

гласит, что стресс появляется из-за воздействия самых разнообразных внешних факторов, которые влияют на человека физиологически, психически, приводя к реальным патологиям и поведенческим изменениям;

- системная модель – основана на понятии системы самоуправления человека и сравнении его текущего состояния с состоянием без патологий и нормальными значениями. Процессы саморегуляции играют значительную роль в данной модели;

- интегративная теория - основана на понятии, что перед человеком стоит проблема, которая требует от него действий, решения. На человека идет несвойственное и необычное для него повышенное давление, внешняя среда изменилась и от него требуется другое поведение и повышенное внимание. И если устранение проблемы затягивается, то от длительного эффекта внешних условий появляется напряжение, которое затем перерастает в стресс. Согласно данной теории способности человека к решению разнообразных проблем, появляющихся у него на пути, зависят от:

- ресурсов человека – его возможности и способности, помогающих устранять проблемы. У разных людей они могут быть разными, у каждого есть свой предел ресурсов, есть свои слабости и сильные стороны. Важен не только объем ресурсов, но и понимание собственных ресурсов и их ограничений;

- энергетического потенциала - необходим для успешного осуществления плана по решению задач. Энергия также служит ресурсом, который есть у каждого человека, расходуется на каждое действие, эмоциональное усилие, которое человек прилагает к тому или иному делу, событию, действию;

- происхождения проблемы - источник и причины ее появления и то, насколько она была неожиданная. Некоторые проблемы способны застать человека врасплох или в самую критическую минуту. Понимание происхождения проблемы может значительно улучшить шансы на устранение корня этой проблемы и помогает увидеть ее "насквозь";

- степени адекватного отношения, правильного психологического настроя касательно возникшей проблемы помогут трезво оценить ситуацию и иногда даже перевернуть ее в свою пользу. Есть вероятность, что внезапное внешнее воздействие на деле не так деструктивно и

является на самом деле эустрессом, который может послужить толчком к развитию, адаптации и формированию более сильного характера, способного выдержать различные перемены во внешней среде более напряженного, чем до того;

- вида реакции – каждый человек по сути сам выбирает тип реагирования на ту или иную стрессовую ситуацию. Условно их можно поделить на защитную и агрессивную. Некоторые более склонны принимать более пассивную позицию по отношению к стрессовым факторам, некоторые из людей, наоборот;

- когнитивная теория стресса - тесно связана с учением Р. Лазаруса. Основана на субъективной оценке потенциальной угрозы и осознания собственных возможностей победы над ней. Угроза является и воспринимается как ожидание внешнего, отрицательного воздействия. Когнитивная теория стресса основывается на том, что развитие стресса зависит от факторов:

- психологическое отражение реальности и его субъективное понимание и оценка,
- процессы трансформации информации, учитывая степень ее значения и ценности,
- личностные особенности в прохождении данных процессов и оценка субъективной опасности.

Когнитивная теория подчеркивает то, как взаимосвязь между человеком и средой в адаптационных условиях непрерывно подвергаются изменениям. Для того чтобы связь между этими факторами стала стрессовой, нужно желание и мотивация, целеустремленность к достижению высоких целей. Стресс появляется, если человек осознает огромную разницу между внешними и внутренними требованиями и его личными ресурсами. Это может просто требовать большого напряжения сил или полностью быть вне досягаемости с количеством ресурсов, которые есть у человека.

- Концепция системного подхода – больше всего исследована в трудах Б.Ф. Ломова. Эта концепция говорит о закономерностях связи и взаимной обусловленности таких факторов, как функции психики (такие как регулятивные, коммуникативные, отражательные), прочих структур организма и внешнего мира (его явлений, процессов, объектов). Концепция системного подхода отражает взаимосвязь этих функций в виде иерархии и степень их воздействия на появление субъектных отношений, которые могут и породить стресс.

- Деятельностный подход – эта концепция основана на теории деятельности А.Н.Леонтьева и концепции, регулирующей роли психического отражения Б.Ф. Ломова. Она поясняет то, что нужно установить учет причинно-следственных отношений на разных уровнях деятельности, что даст возможность проникнуть в суть процессов, определяющих особенности появления стресса и его регулирование.

- Личностный подход – имеет большое методологическое значение в изучении стресса. Определяет внутреннюю активность в регуляции стресса и ее значимости для процесса его проявления. Личностный подход подразумевает ориентацию на изучение ресурсов и внутренних резервов, присущих каждому отдельно взятому человеку. Речь идет о физических, психологических, физиологических ресурсах и функциональных резервах, и формировании устойчивости к стрессу в связи с воздействием на эти факторы.

- Динамический подход – разработан Л.И. Анциферовой. Эта теория основана на исследовании проявлений и развития стресса на протяжении всей профессиональной жизни человека. Каждый этап на профессиональном пути человека связан с определенной степенью нагрузки и стресса. Есть определенные закономерности продвижения личности по пространству, в зависимости от его характеристик и свойств, его возраста и социальных норм. Данные факторы являются помощниками в определении личностных особенностей реагирования на различные внешние стрессовые факторы [10].

И. С. Сук (1984 г.) в своих трудах отмечал, что проблема уходит корнями к юношеским годам и рвению молодых умов стать врачами, лечить больных. Еще в далеком 1971 г. на одной из сессий бюро Европы ВОЗ было констатировано, что ни одна страна не обладает удовлетворяющими критериями отбора желающих. И если способности абитуриента к другим разным профессиям можно проверить, то как измерить призвание, сердечность и сострадание? То есть качества, которые помогли бы человеку выдержать груз профессии.

Часть студентов, будущих врачей оказываются здесь случайно, из страха остаться вне вуза, желающих получить хоть какое-либо образование. По мнению многих, это наиболее безопасный путь бегства от бедности в будущем. Как следует из результатов, проведенных

в Кемеровском медицинском институте, 25 % первокурсников признались, что находятся тут именно по этим причинам, 25 % – оказались недовольны выбором профессии и жалели о своем решении. То есть часть специалистов уже изначально идут служить в медицину с низким уровнем мотивации и энтузиазма.

Есть и врачи, не сумевшие сохранить порывы юности. Призвание и мотивация динамичны [7]. Они могут проявляться отчетливо в начале карьеры, и начать тускнеть, пока с годами не угаснут совсем, приведя в итоге медицинского работника в состояние психоэмоционального выгорания, профессионального стресса. И социальная незащищенность отнюдь не способствует улучшению положения.

Профессиональный стресс (ПС) в конечном итоге влияет на трудоспособность и общее восприятие пациентом врача, как специалиста и пациенты остаются недовольны [5].

Профессиональный стресс может проявляться в разных видах [26] они состоят из:

- сама эмоциональная истощенность, которая проявляется потерей чувствительности, трудностью ощутить яркие эмоции. Такое состояние, как правило, врачи связывают со своей работой.
- цинизм – отстраненное отношение к пациенту, холодность и восприятие пациентов как "сломанный механизм" а не как личность;
- редукция профессиональных достижений - чувство некомпетентности, потеря уверенности в себе как специалиста, обесценивание собственного опыта [23].

На начальном этапе развития профессионального стресса наблюдается нервное напряжение и повышается уровень тревожности. Далее присоединяются неадекватные эмоциональные реакции, проявляется халатность по отношению к профессиональным обязанностям, ослабление тонуса и проблемы с нервной системой. Согласно исследованиям, первые 3 года количество острых состояний возрастает под влиянием стрессовых факторов, и затем переходят в хроническое состояние [18].

Профессиональный стресс включает в себе характер и содержание связи главных ее составляющих. Условия трудовой деятельности способны вызывать прямые стрессовые реакции, которые варьируются в зависимости от личностных характеристик и особенностей восприятия [20]. В случаях, когда мимолетные стрес-

совые реакции становятся хроническими, последствия перетекают в более негативное русло для здоровья и производительности.

Разработка психического выгорания как проблемной ситуации включает в себя контроль и ориентацию:

Ориентация – идентификация проблемы, ее анализ, изучение свойств и характеристик.

Контроль - действия, направленные на решение проблемы [19].

Общепризнано, что высокая эмоциональная лабильность, самоконтроль, подавленные отрицательные эмоции, рационализация собственных мотивов и поведения, склонность к тревожности и депрессивной реакции, связанных с невозможностью достижения мысленного идеала, блокировка собственных негативных эмоций, негибкая личность способствуют развитию профессионального стресса. Труд медицинского работника требует высокой психологической и физической выносливости, ответственности, зачастую способности принимать решения в экстремальных ситуациях. Вследствие этого критерии, которым должен соответствовать идеальный представитель профессии, довольно высоки [3].

После огромного количества исследований синдрома психического выгорания и профессионального стресса были найдены факторы, напрямую связанные с риском их возникновения:

- пол (как правило, женщины более подвержены риску ПС, ситуация противоположна среди гинекологов);
- специальность (наибольший риск у психиатров, хирургов, акушеров-гинекологов и терапевтов);
- стаж работы (часто показатели ПС становятся выше после 15 лет работы);
- удовлетворенность занимаемой должностью;
- количество времени, уходящее на работу;
- уровень личностной тревожности;
- уровень эмоциональной стрессоустойчивости;
- отношения в коллективе;
- тип организации (сотрудники государственных организаций дают показатели более высокие, чем частные);
- состояние семьи;
- брак (незамужние женщины-анестезиологи, наркологи, реаниматологи более подвержены риску, чем их замужние коллеги).

Профессиональная деформация – еще одно из явлений, угрожающих психологическому здоровью врача и тесно взаимосвязанное с синдромом психического выгорания. Оно является проявлением осознанно или неосознанно выработанным человеческой личностью механизмом защиты, которое выполняет свою функцию путем исключения и подавления (полностью или выборочно) эмоций. Как правило, этот механизм защиты запускается в ответ на определенные психотравмирующие ситуации, воздействия. У людей, страдающих от профессиональной деформации, нередко обнаруживаются психопатологические, психосоматические признаки социальной дисфункции.

Общее исследование по направлению дало понять, что оно наиболее распространено среди работающих в системе "человек – человек". Очевидно, что врачи являются ярким тому примером. Многочисленные исследования показывают, что они подвержены большому личностному стрессу. Преобладающей особенностью врачей является отрицание собственных проблем со здоровьем [12].

Эмоциональная истощенность при профессиональном стрессе часто сопровождается бессонницей, головной болью, низким аппетитом или перееданием, злоупотреблением психоактивными препаратами. Появляется негативное отношение к пациентам, коллегам, которое вначале может проявляться скрыто, в виде внутренней неприязни. Со временем она перерастает в приступы раздражительности. Неудовлетворенность и недовольство начинают расти, приводя к апатии, что в тяжелых случаях может вызывать эмоциональные срывы или даже суицид. Последствия профессионального стресса начинают влиять на личную жизнь человека и его взаимоотношения с другими людьми.

Профессиональный стресс в некоторых случаях приводит к ощущению бесполезности собственной деятельности, снижению мотивации, чувству выполнения рутинной работы. Развивается безразличие к работе и профессиональным обязанностям, которые выполняются только на уровне необходимого минимума. Часто у людей, находящихся под длительным влиянием синдрома, развивается внутреннее противоречие: человек работает с двойным усердием, чтобы отвлечься от мыслей, возникающих по причине стресса. Стоит отметить, трудоголики и люди с очень высоким уровнем энтузиазма

тоже находятся в группе риска и склонны к скорому разочарованию в профессии, что является причиной к психического выгорания.

К.Маслач и М.Лейтер воспринимают профессиональный стресс как "эрозию человеческой души" и неважно, какая у человека профессия или род деятельности. При этом несоответствие может быть на 6 видов:

1. *Несоответствие между предъявляемыми требованиями и личностными ресурсами работника* – приводит к ухудшению трудоспособности и, возможно, конфликту с коллегами.

2. *Несоответствие между стремлениями работников иметь большую самостоятельность в работе.* Люди желают сами определять пути достижения результатов, за которые они несут ответственность. Нерационально жесткая политика в мониторинговании и контроле деятельности рабочих может привести к ощущению собственной бесполезности и отсутствию ответственности за свою работу.

3. *Несоответствие работы ввиду отсутствия вознаграждения,* так как человек чувствует, что его труд не признают.

4. *Несоответствие личности и работы ввиду отрицательного психологического климата в рабочей среде.* Люди лучше работают в среде, где преобладает позитивный настрой, они получают одобрение и поддержку, где развита корпоративная культура, способная объединить и сплотить людей. Одними из самых разрушительных факторов в обществе являются постоянные и нерешаемые конфликты, которые только увеличивают негативное отношение к работе и коллегам.

5. *Несоответствие между работой и личностью, возникшее при отсутствии представления о справедливости,* способствующее признанию.

6. *Несоответствие между моральными принципами личности и требованиями руководства.* Человека принуждают выполнять работу, несоответствующую его этическим, культурным, религиозным ценностям [26].

Данный подход доказал свою эффективность, так как позволяет отследить причины возникновения каждого случая психического выгорания, а потому адекватно оценить ее воздействие, разработать методы по его предотвращению или реабилитации. Если, как правило, такие случаи только рассматриваются, то благодаря осозна-

нию этих 6 видов несоответствия, выведенных К. Маслачом и М. Лейтером, можно перейти к разработке мероприятий по их устранению или даже предупреждению. Рекомендуется рассматривать все подобные факторы и их возможные проявления на рабочих местах, так как это оказывает благоприятное воздействие на общую трудоспособность, мотивацию сотрудников, психологический климат, организационную культуру и самочувствие врачей, нуждающихся в поддержке также со стороны руководства, которое обеспечивало бы их необходимой рабочей средой для выполнения своей работы по максимуму возможностей [2].

В работах наших коллег из Кыргызстана М.А.Сагымбаева и М.Р.Сулаймановой акцентируется внимание на проблемах врачей-хирургов. По их мнению, эта категория врачей, наиболее часто встречающихся со смертью, обладает одним из самых высоких показателей психического выгорания среди врачей этой специальности. Они выделяют 3 вида проявления смерти в трудовой деятельности хирурга:

- реальная (безрезультатная реанимация, смерть на столе хирурга),
- потенциальная (от степени профессионализма врача зависит исход),
- фантомная (жалобы на здоровье, страхи и тревогу, отношения с близкими тяжелобольных, представления о смерти).

В вышеперечисленных ситуациях перед врачом стоит задача "отстранения" собственных эмоций для самозащиты и предотвращения эмоционального выгорания вследствие эмоционального давления. Иногда это просто невозможно, так как врачу приходится работать и общаться с пациентами. С такой непростой задачей может справиться только эмоционально зрелая, самодостаточная и крепкая личность [14].

Российское научное сообщество внесло огромный вклад в развитие и исследование в данном направлении. Труды ученых А.А.Головач и Д.А.Марченко-Тябут помогли выяснить, что наивысший уровень психического выгорания наблюдается у врачей-терапевтов. Это связано с высокой нагрузкой работы, нехваткой времени в амбулатории, тесной связью с эмоциональным стрессом пациентов и их близких. Благодаря их исследованиям, были проанализированы уровни личностной и ситуативной тревожности у врачей различных специальностей в зависимости от стажа, возраста и пола.

В работе О.В.Рыбиной было проведено исследование субъективной оценки врачей уровня эмоционального выгорания и влияния проблем, связанных с работой врача. В экспериментах участвовали врачи самых различных специальностей. Выяснилось, что после 15 лет стажа субъективная оценка психического выгорания не соответствует уровню реальных проявлений профессионального стресса, и намного выше у врачей, проработавших свыше 15 лет. У психиатров отмечается более интенсивный профессиональный стресс, чем у врачей-хирургов. Российскими исследованиями, так же как и британскими, было доказано, что риск профессионального стресса выше у женщин, чем у мужчин [13]. Но все же самые выраженные проявления профессионального стресса на каждой его фазе наблюдаются у врачей-онкологов. На втором месте оказались психиатры. Согласно исследованиям, проведенным И.А. Бердяевой и Л.Н. Войт, часто психическое выгорание встречается и у стоматологов.

Доказано, что работа врача может способствовать развитию суицидального поведения. Одним из одаренных психиатров было описано, что частота суицидов среди врачей в 21 раз больше, чем у основной части населения [17].

Состояние психического выгорания распространено и у среднего медицинского персонала, в том числе находятся в группе риска медицинские сестры. В среднем они подвергаются влиянию профессионального стресса на 6-9 лет раньше, чем сами врачи вследствие тесного общения с пациентами.

Среди врачей под "стрессом" подразумевается личностная слабость или непрофессионализм, поэтому первая реакция человека на возникновение подобного ощущения – отрицание в качестве механизма психологической защиты. Она приводит лишь к чувству вины и мешает врачам решить проблему, потому что первый шаг на пути решения любого затруднения – это признать существование проблемы.

Развитие профессионального стресса обусловлено многими факторами, но есть определенные личностные особенности, обладатели которых более подвержены психическому выгоранию: По мнению Фрейденаберга, это люди сочувствующие, гуманные, мягкие, энтузиасты, идеалисты, ориентированные на людей, интроверты, одержимые "идеями", фанатики, легко солидаризирующиеся.

Маскер добавляет к этому списку людей авторитарного склада и с низким уровнем способности сопереживания.

В. Бойко в своих работах приписывает высокий риск развития психического выгорания людям со склонностью к эмоциональной холодности, к интенсивным переживаниям негативных ситуаций, слабой эмоциональной отдачей в трудовой деятельности.

Экономические потери, которые несет государство из-за случаев психического выгорания, профессионального стресса, нельзя оставлять без внимания. В Англии 40 % случаев нетрудоспособности врачей были связаны с психическим выгоранием. По результатам исследования установлено, что почти половина исследованных врачей по всей стране страдают от высокого уровня тревоги, а около 30 % обладают выраженной депрессией. Эти исследования стали причиной открытия разнообразных центров и организаций для помощи медицинским сотрудникам, таких как Центр круглосуточной психологической поддержки [21].

В 1991 г. на юге Австралии обследовали 966 врачей общей практики на предмет профессионального стресса. Было установлено, что треть врачей обладают высоким уровнем профессионального стресса, меняющимся в соответствии с возрастом, полом и отношением к работе [16].

Высокий уровень эмоционального истощения выявлен среди врачей в сфере неотложной помощи, реаниматологии и анестезиологии. Частота случаев превалирует у незамужних женщин.

Понижение трудоспособности работников медицины почти в 50 % всех случаев связано со стрессом. Было проведено исследование врачей общей практики в Великобритании, 41 % которых оказались под влиянием высокого уровня тревоги, а 26 % врачей страдали от сильно выраженной депрессии [22]. Это открытие стало важным стимулом к проведению в Великобритании регулярных семинаров по диагностике и преодолению профессионального стресса и к открытию в середине 90-х гг. круглосуточной службы психологической поддержки для медработников [30].

В 2016 г. в Австрии провели исследование, в котором принял участие 60351 врач, или 15,8 % количества всех приглашенных – 40093 врачей по всей стране. Их анкетировали на выявление депрессии и психического выгорания. Резуль-

таты показали, что 10,3 % всех опрошенных страдают от выраженной депрессии, а у 50,7 % – имелись симптомы выгорания. Из 10,3 % у 0,9 % – мягкая форма депрессии, у 2,3 % – средняя, у 7,2 % – сильно выраженная. Из врачей, подвергшихся психическому выгоранию, у 28 % оно было слабым, у 13,1 % – средней тяжести и у 9,6 % – симптомы были наиболее острыми [29].

В 2012 г. 7288 врачей США приняли участие в похожем исследовании. С помощью тестов С.Маслач по психическому выгоранию было определено, что у 45,8 % врачей один или несколько симптомов выгорания. В сравнении с выборкой из 3442 граждан США, работающих в других сферах, у врачей был более высокий шанс иметь симптомы выгорания (37,9 % против 27,8 %) и неудовлетворенность балансом между работой и жизнью (40,2 % против 23,2 %). По результатам исследования уровень выгорания значительно отличается среди представителей разных специальностей, особенно выгорание выражено у врачей скорой помощи, врачей общей практики и семейных врачей. Найдена корреляция между степенью образования: чем дольше обучался специалист (магистерская, докторская степень), тем больше риск выгорания по сравнению с выпускниками не медицинских факультетов, получивших ту же степень [11].

В 2013 г. в Северной Осетии проведено исследование по выявлению различий в выраженности психического выгорания между врачами и мед. сестрами. Результаты показали, что число врачей, подверженных данному состоянию, выше, чем число медицинских сестер: 33 % врачей и 26 % мед. сестер от общего числа [6].

В 2016 г. Американская коллегия семейной медицины провела опрос, разработанный на основе "Опросника рабочей жизни врача" и клинического опросника "Минимизация ошибок, максимизация результата" среди 2099 семейных врачей, 515 (24 %) из которых обладали симптомами психического выгорания. Связь выгорания в зависимости от женского пола и возраста была значительной, согласно результатам этого исследования [25].

В масштабном исследовании удовлетворенности балансом рабочей жизни у врачей и общего рабочего населения США участвовали 6880 (19,2 %) врачей, приглашение получили 35922. Исследование длилось с августа по ок-

тябрь 2014 г. Психическое выгорание выявлено у 54,4 % опрошенных (3680 чел.). По сравнению с результатом аналогичного исследования в 2011 г., в котором применялась другая методика, отмечены 45,5 %, или 3310 врачей с симптомами выгорания. После регуляции и анализа собранных данных по полу, возрасту, семейному положению и рабочим часам в неделю было установлено, что у врачей значительно выше риск развития выгорания [24].

В исследовании, проведенном в 2013 г. на предмет изучения связи между лидерскими качествами и выгоранием, приняли участие 2813 врачей (72,2 %) от числа 3896 приглашенных. Каждый оценивал лидерские качества своего руководителя по 12 направлениям, и каждая позитивная оценка уменьшала величину риска возникновения профессионального стресса на 3,3 % и повышала процент вероятности удовлетворенности собственной работой на 9 %. Но несмотря на это, даже при рабочей среде с высоким уровнем удовлетворения 40 % врачей отмечали у себя симптомы психического выгорания [28].

Ученые Сингапура провели исследование на 268 врачах (145 стажеров и 123 лечащих врача) в 2016 г. применялись методы для определения возможных факторов риска выгорания, такие, как возраст, пол, религия, семейный статус, количество часов работы в неделю, количество ночных звонков, количество часов, уходящих на сон в течение суток. Одним из критериев, которые они хотели измерить, было уважение. Для получения необходимых результатов были заданы 3 вопроса: "Как сильно коллеги уважают вас?", "Как сильно пациенты уважают вас?" и "Как сильно близкие пациента уважают вас?" по шкале от 0 («совсем не уважают») до 10 («очень сильно»). Из 268 участников на все вопросы полностью ответили 109 чел., что является 40,7 % общего количества участников. Средний возраст опрошенных составил 34 года, женщин было 46,8 %. Высокий уровень стресса выявлен у 17,4 % опрошенных (из них 21,8 % у стажеров, 11,1 у практикующих врачей), выгорание выявлено у 55,1 % (из которых 71,8 % – стажеры, 31,1 % – лечащие врачи). Показатели ночных звонков и низкого уровня уважения со стороны коллег обусловлены уровнем выгорания у врачей обеих категорий [31].

В настоящее время проблема по преодолению и организации мер предупреждения и раннего выявления симптомов и проявлений про-

фессионального стресса очень актуальна, в особенности для повышения качества жизни врачей, что непосредственно связано с качеством жизни всего населения. Своевременное предупреждение и просвещение врачей в отношении ранних признаков и факторов риска психического выгорания помогает значительно снизить риск возникновения, увеличить способности к его предотвращению или даже снизить уровень выраженности. Такая работа должна проводиться тщательно и аккуратно. Адекватное информирование способно оказывать ощутимое влияние на количество случаев профессионального стресса среди медицинских сотрудников. Важно убедить профессионалов в необходимости открытости и честности в собственных эмоциях, ощущению собственной значимости и в том, что проявления стресса не являются признаками личностной слабости или профессиональной некомпетентности.

Пользу от саморегуляции, или, как ее часто называют, аутотренинга, нельзя недооценивать. Очевидно, что люди, владеющие техниками, которые помогают им сохранить разум спокойным, психику не напряженной и не попадать в стрессовую ситуацию, бывают более успешны.

Б.Р. Мандель описывает несколько простых правил, которые можно применить, чтобы обезопасить себя от психического напряжения в условиях профессионального стресса:

- наблюдать за собственным поведением и реакцией со стороны, рефлексия;
- чем раньше замечены признаки появления стресса и потери контроля над эмоциями, тем сильнее и крепче будет личная программа защиты от профессионального стресса;
- надо найти способ, который помогал бы остановиться (выход из комнаты, смена паттерна, молчание, пауза и т.д.);
- необходимо найти занятие, доставляющее наибольшее удовольствие и удовлетворение именно вам как индивидууму и постараться уделять время, по возможности, этому любимому занятию, которое помогает снять стресс и психическое напряжение [10].

Предупреждение профессионального стресса является актуальной проблемой для улучшения качества жизни врачей. Своевременное информирование врачей о ранних симптомах "выгорания" и факторах риска помогает усилить возможности его предотвращения или уменьшить выраженность [3], также обучение врачей

основным техникам и приемам аутотренинга по сохранению позитивного психологического статуса. Сохранение и укрепление здоровья меди-

цинских работников должно быть одним из основных приоритетных направлений развития здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Бабанов С.А.* Синдром эмоционального выгорания // *Врач скорой помощи.* – 2012. – № 10. – С. 59-65.
- 2 *Бердяева И.А., Войт Л.Н.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // *Дальневосточный медицинский журнал.* – 2012. – № 2. – С. 117-120.
- 3 *Водопьянова Н. Е.* Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. – СПб., 2005. – 336 с.
- 4 *Дж. Эдвард Морган-мл. Мэгид С. Михаил.* Клиническая анестезиология. Кн. 3, 2003. – 40 С.
- 5 *Бекенова Д.У., Рукабер К.А.* Стресс и его проявление // *Вестник Кокшетау. университета.* – 2015. – № 3. – С. 48-51.
- 6 *Засеева И.В., Татров А.С.* Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестре отделения анестезиологии и реаниматологии в условиях региона // *Фундаментальные исследования.* Ч. 1. – 2013. – № 6. – С. 184-188.
- 7 *Сук И.С.* Врач как личность, 1984. – 64 с.
- 8 *Катаева В.А.* Труд и здоровье врача-стоматолога. – М.: Медицина, 2002. – 208 с.
- 9 *Ларенцова Л.И.* Исследование видов эмпатии и синдрома выгорания у врачей-стоматологов // *Таврич. журнал психиатрии.* – 2002. – Т.6, № 2(19). – С.23-24.
- 10 *Мандель Б.* Психология стресса, 2014. – 33 с.
- 11 *Марченко-Тябут Д.А., Головач А.А.* Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // *Медицина.* – 2005. – № 2. – С. 79-81.
- 12 *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. Сер. "Мастера психологии", СПб; 1999.
- 13 *Рыбина О.В.* Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: автореф. дис. канд. психолог. наук. – СПб; 2005.
- 14 *Сагымбаев М.А., Сулайманов М.Р.* Актуальные вопросы влияния стресса на развитие профессиональной деформации хирурга // *Медицина Кыргызстана.* – 2011. – № 4. – С. 26.
- 15 *Селье Г.* Стресс без дистресса, 1982. – С. 52-60.
- 16 *Силкина А.А., Саниокова М.К., Сергеева Е.С.* Синдром эмоционального выгорания среди врачей России и зарубежом // *Бюл. мед. Интернет-конф.* – 2014. – Т. 4. № 11. – С. 2.
- 17 *Юрьева Л.Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников. // *Формирование профилактики коррекция.* – Киев: "Сфера", 2004. – С. 34-49.
- 18 *Ясько Б.А.* Динамика мотивационно-потребностной сферы развивающейся личности врача // *Психологическая наука и образование.* – 2003. – № 2. – С. 51-56.
- 19 *Ясько Б. А.* Психологические аспекты профессионального становления и развития личности врача // *2-я Междунар. науч.-практ. конф. // Проблемы регионального управления, экономики, нрава и инновационных процессов в образовании: тез. докл.* – Таганрог, 2001. – С. 2.
- 20 *Ясько Б. А.* Врач: психология личности. – Краснодар, 2001.
- 21 *Burg F. D.* Medical Competence // *Medical Teacher.* – 1982. – № 2, Vol. 4.
- 22 *Farber B.A., Heifetz L.K.J.* The process and dimension of burnout in psychotherapists // *Professional psychology.* – 1982. – Vol. 13. С. 293.
- 23 *Freudenberger H. J.* Staff burn-out // *J. of Social Issues.* – 1994. – Vol. 30. – P. 159-165.
- 24 *Hasan O., Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., Sinsky C., Satele D., Sloan J., West C.P.* "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014 // *Pubmed,* 2014. – С. 8-9.
- 25 *James C. P., H. Clifton Knight., Thomas R. O., Monee Rassolian., Bazemore A.W., Peterson L.E., Baxley E.G.* Prevalence of Burnout in Board Certified Family Physicians // *Pubmed,* 2016. – С. 4.

26 Maslach C., Jackson S.E. Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists press. 1986. – С. 112.

27 Medvoyage.info / "Сколько зарабатывают врачи" // Интернет: <http://medvoyage.info/news/tourism/skolko-zarabatyvayut-vrachi-v-evrope-interesnye-fakty/>

28 Shanafelt T.D., Gorringer G., Menaker R., Storz K.A., Reeves D., Buskirk S.J., Sloan J.A., Swensen J.S. "Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction" // Pubmed, 2013. – С. 12.

29 Whitley T.W. Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine an international study // Ann. Emergency Medicine. – 1991. – Vol. 20. – 992 с.

30 West C.P., Shanafelt T.D., Boone S., Tan L., Dyrbye L.N., Sotile W., Satele D., Sloan J., Overskovich M.R. "Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population" // PubMed. – 2012. – С. 5.

31 Who K.Y., See K.C., Lim T.K., Phua J., Kua E.H. Stress and Burnout among Physicians: Prevalence and Risk Factors in a Singaporean Internal Medicine Programme // PubMed 2016. – С. 3.

ТҮЙІНДІ

Дәрігердің жұмысы аса қажетті, ауыр және мәртебелі мамандықтардың бірі, бірақ дәрігер жұмысының әлеуметтік-психологиялық аспектілеріне сәйкес мұқият мән берілмейді. Дәрігерлердің өмір сүру сапасын жақсарту міндетті түрде пациенттердің де өмір сапасының жақсаруына әкеліп соғады. Кәсіби стресс - адамның жұмыс ортасында пайда болатын ауыр ситуацияларға ағзаның түрлі психологиялық және соматикалық жауап беруі арқылы көрінетін көп қырлы құбылыс. Көптеген зерттеулер кәсіби стресстың ортамен, жанұя жағдайымен, жыныспен, жұмыс орнымен байланысты екендігін дәлелдеді. Дәрігерлердің өмір сүру сапасын жақсарту жолында кәсіби стресстың алдын алу және әлеуметтің анықтаушыларды жақсарту маңызды, өзекті мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: психология, дәрігер, кәсіби стресс.

SUMMARY

The profession of a doctor is one of the most necessary, complex and noble professions, but the socio-psychological aspects of the activities of medical workers are not given due attention. Positive impact on the psychological aspects of the doctor's activities will improve both the quality of life of medical workers and patients. Professional stress is a multifaceted phenomenon, manifested in the form of psychological and somatic reactions of the body to difficult situations in the work activity of a person. Numerous studies have shown that the level of professional stress is closely related to the financial and family status and place of work, sex. Improving the social determinants of health and preventing occupational stress is an urgent problem that must be addressed to improve the quality of life of doctors.

Key words: psychology, physician, professional stress.

Раздел III

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 37.018.46: 371.3

Ф.К.Смаилова^{1}, М.Бердігүл, А.Ташаева, Н.Қалтай,
С.Бекбатыров, А.Егемберді, А.Сұлтан, А.Танаиқызы*

¹С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Алматы № 2 ішкі аурулар кафедрасы аралас пәндер курсымен
Алматы қ., Қазақстан

ИНТЕРНАТУРАДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІНІҢ ҚҰЗІРЕТТІЛІГІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ҚҰРАЛЫ

ТҮЙІН

Мақалада ішкі аурулар бойынша интернатурадағы оқыту тәсілдері қарастырылады, ол жаңадан жұмыс бастаған дәрігерлердің теориялық білімін, практикалық дағдыларын, ғылыми-зерттеуге қызығушылықтарын сақтап ары қарай дамытуға мүмкіндік береді. Инновациялық әдістер компетентті- бағдарланған оқытуға, интерн терапевттердің және студенттердің өздерінің тұрғысынан зерттелетін материалды игеруге жақсы ықпал етеді. Бұл әсіресе жұмыс барысында өзінің кәсіптік деңгейін заманауи технологияларға және медицинадағы инновацияларға сәйкес жоғарылатуға тиіс медициналық профильдегі мамандар үшін маңызды болып табылады.

Түйінді сөздер: медициналық білім беру, белсенді әдістер, компетентті- бағдарланған оқыту, интернатура.

Мәселенің өзектілігі: Жоғары медициналық білім беру ұйымдардың алдында тұрған маңызды міндеттердің бірі – оқыту сапасын арттыру болып табылады. Қазақстандағы жоғары медициналық білім берудің қазіргі заманғы жүйесі, медициналық мамандық бойынша теориялық оқыту деңгейі жоғары жас мамандарды даярлауға бағытталған, ол жедел және тиімді әдіспен медициналық ғылым саласындағы заманауи жетістіктерге жету. Бұның негізінде медициналық білім беру және халықаралық стандарттарға сәйкес жетілдіру қажеттілігі жатыр. Терапевт – дәрігерлерді интернатурада оқыту бұл алдыңғы оқу курстарындағы алған базалық білімді тереңдетіп ғылыми жұмыстың дағдыларын нығайтуға, біліктілік деңгейін арттыруға және жаңа құзыреттердің негізгі білімдерін тереңдетуге бағытталған. Интерн- дәрігердің интернатура басталғанға дейінгі дағдылары мен қабілетін өңдеп және сақтап қалуын, денсаулық сақтау орнын-

дарында тәжірибеде кездесетін түрлі сирек клиникалық жағдайлармен бекіту талап етіледі. Құқықты*, деонтологиялық немесе этикалық аспектілері бойынша ішкі ауруларда кейбір маңызды мәселелер студенттермен тек теория жүзінде қарастырылады, ол білім практикалық дағдыларды жетілдіру үшін жеткіліксіз. Осы мәселені шешу үшін инновациялық әдістер пайдаланылады, ол студенттердің оқыту үрдісінде белсенді айналысуға, олардың ықыласын және өзін-өзі талдауды арттыруға көмектеседі. Оқыту әдістемесі студенттің назарын аудара отырып, клиникалық және сын тұрғысынан ойлауын дамытуға шығармашылық және инновациялық тәжірибесін қалыптастыруға, құзыретін арттыруға мүмкіндік береді. Бұл оқытудың белсенді әдістерін қолданылуында студенттер өздері айтқанының 80 % және өздері жасағанының 90 % естерінде сақтайтыны атап өтілді.

Максаты: Интернатурадағы оқу үрдісінде

қолданылатын белсенді оқыту әдістеріне шолуды өткізу.

Материалдар мен әдістерді талқылау нәтижелері: № 2 ішкі аурулар кафедрасында аралас пәндер курсымен екіжылдық оқыту барысында пайдаланылған белсенді әдістерін талдау анализі жүргізілді.

Циклдардың барысында мынадай әдістер қолданылды: "case-study", ситуациялық рөлдік ойындар, шағын топтарда жұмыс, конференция жүргізу, шығармашылық тапсырмалар, ми шабуылы (мозговой штурм) және т.б.

"Case studies" әдісінің материалы ретінде нақты науқастардың ауру тарихы қолданылды (этикалық ережелерге сәйкес науқастың жеке деректері көрсетілмейді). "Case studies" дамыту үшін мұрағаттарда жұмыс жүргізілді, жұмыс материалы ретінде мұрағатта талданып және өңделіп қойған әр түрлі ауру ағымымен және асқынулармен болған науқастардың сырқатнамалары алынды. Бұл жұмысқа өте белсенді түрде интерн-терапевттер қатысты. Мәліметтер электрондық түрде кафедрада талқыланып, мұғалімдермен "case-studies" жүйесімен оқыту жүргізуге немесе клиникалық талдау кезінде қосымша дидактикалық материал ретінде пайдаланылады. Ақпараттық тіркелген файлдар мынадай ақпарат көздерімен қоса беріледі: этиологиясы, патогенезі, дәлелді медицина және Қазақстан Республикасының стандарттарына негізделген емдеу және диагностика тактикасының талдауы, осы тақырыптар бойынша Халықаралық нұсқаулар, клиникалық хаттамалар, шолу немесе мета – анализ сілтемелер жүргізіледі. Ол сондай-ақ клиникалық-құқықтық, экономикалық негіздерін ғана емес құқықтық құзыреттілікті де қалыптастыруға ықпал етеді. Сарапшы ретінде, құжаттаманы талдаудан кейін, интерн сақтықпен және жауапкершілікпен науқастың ауру тарихына жетекшілік етеді.

Ситуациялық рөлдік ойындебрифинг әдісімен (деловой игры с дебрифингом). Әдіс клиникалық жағдайды импровизация арқылы топтың барлық мүшелерінің қатысуымен ойналады, бұл интернге адамдардың психологиясын жақсы түсінуге мүмкіндік береді, сонымен қатар танымдық, коммуникативтік дағдыларды да дамытады. Жағдай қатысушыларға түрлі рөлдерге қатысуға мүмкіндік беру үшін қайталап ойнатылады. Ойынның міндетті қағидаларының бірі ол бірнеше асқынулары

бар науқасты алып сұрастыру, талқылаудан кейін, ойын күрделілігін арттыру арқылы бірнеше жағдайларды бейнежазбаға түсіру болып табылады. Ойын жағдайды максималды шындыққа жақын болады, сондықтан дебрифинг интерннің өзіне сырттан бақылауға мүмкіндік береді, өзінің қателіктерін түсінуге, тиісінше, өзінің дағдыларымен жұмыс істеуге, жеке және ұжымдық жағдайлардағы қатынастарды да көруге мүмкіндік береді. Медициналық симуляциядағы сценарийлер практикалық дағдылар орталығында, семинар-тренингте, жүрек - өкпелік науқастың "Имитатор К" симулятор ретінде пайдаланылып отырады. Әдістің тиімділігі тәжірибелік дағдыларды бағалау кезінде, яғни интерн-дәрігерлерді сертификаттау нәтижелері кезінде расталды.

Интерактивті әдіс – Team – based learning (TBL) - "шағын топтарда" командалық жұмыс істеу дегенді білдіреді. Бұл әдіс мынаны қарастырады: оқытушы мен интерн дәрігердің тиімді, ынтымақтасқан қарым қатынас орната отырып, интерн-дәрігерді оқу процесіне белсенді тарту арқылы топтың әр мүшесінің командалық жұмыс үшін қажетті қасиеттерін қалыптастыру, ол өз кезегінде – жауапкершілік, өзара түсіністік және қарым-қатынас дағдыларын қамтамасыз етеді. Әдістің шартына сәйкес, бүкіл топтың адекватты жұмыс істеуі үшін топтың құрылу кезінде жынысы мен оқыту деңгейі бойынша әртүрлі құрылуы керек. Интерндерді топтарға бөлу кезде мұғалім Колб шкаланы қолданады. Әр бір топта мүмкіндік бойынша рационалист – converger, эмпирик – diverger, теоретик – assimilator, практик – accommodator болу керек, ол арқылы командалық жұмыс жасауын, ұжымдағы міндеттерін бөлу, өзара көмек көрсетіп, жауапкершілікке алу дағдыландырады. Мұғалім екі топтың арасындағы бәсекелестіктің салауатты рухын қолдап, өзара түсініспеушілікке келуге жол бермейді. Интерндерге алдын ала сабақты өткізу методикасы ескертіледі және анықтамалықтарды пайдалану шектелмейді. Сабақтың барысында студенттер тесттерді және ситуациялық есептерді шешеді, лабораториялық және аспапты зерттеулердің нәтижелерін талқылайды. Бұл оқыту тәсіл интерндерді командалық жұмыс істеуге үйретеді.

Оқытудағы тағы бір тиімді әдіс – интерактивті конференция болып табылады. Әдіс кез келген байланысқан тақырыптарды мең-

геруге тиімді, топтарды оқыту арқылы өзін-өзі дамыту, өзінің білім құзыретін жоғарлату және жоғары танымдық дағдыларын артыру үшін таңдаулы әдістердің бірі болып табылады. Интерактивті конференцияда шығармашылық жұмыстарын өзара ұштастыра отырып, "студент мұғалім ретінде" танылады. Ол интерн-дерден шығармашылық жұмыс пен күрделі дайындықты талап етеді. Оқытушының жетекшілігімен интерн-дер белгілі бір тақырып бойынша презентация дайындайды. Әрбір презентация клиникалық жағдайға негізделген бір қосалқы тақырыпқа арналады, аудиторияның сұрақтарымен, мини- дәріс форматында жүргізіледі. Міндетті түрде презентацияда сұраққа жауап талқыланады. Көрсеткіштер тобымен кері байланысқа түсіру үшін баяндамаларға қатысты сұрақтар дайындалады. Баяндамалар, сұрақтар, есептер мен бейнетаспалардағы көріністердің электрондық нұсқалары кафедрада сақталады және семинарлар өткізуге пайдаланылады.

Региондарда іс-сапар өту кезінде интерн-дердің практикалық дағдылары мен теориялық білімін бағалауға "3600 бағалау" әдісі қолданылды. Медициналық білім беру жүйесінде практикалық іс-сапар тәжірибесі интерн-дер үшін өте маңызды шешуші сәт болып табылады. Барлық оқыту жылдарының ішінде олар алғаш рет терапевтік саладағы бөлімдерде өз бетінше жұмыс істеуге мүмкіндіктері туады, науқастарды жүргізу, курациялау, медициналық есеп жүргізу, интенсивті терапия бөлімінде және қабылдау бөлімінде, функционалдық диагностика бөлімінде, консилиумдарға қатысуға және клиникалық талдауды жүргізуге ұмтылады. Практика соңында интерн кешенді тексеру - тізімін кафедраға алып келеді, олардың қызметін тек жауапты дәрігерлер ғана емес, сонымен қатар медбикелер мен науқастарда бағалайды. Бұл тексеру-тізімі олардың танымдық, практикалық және коммуникативтік дағдыларына сипаттама береді, сонымен қатар интерннің білімін және дағдыларын бағалайтын ең шынайы құжат болып табылады.

Интерн-дер тарапынан "блиц-ойын" әдісінің қолданылуымен өтетін оқыту қызықты жүреді. Аталған әдіс "ми шабуылы" және шағын топтардағы оқыту белсенді әдістерін біріктіретін іскерлік ойынның бір түрі болып табылады. Бұл

әдіс нақты көріністермен сипатталады: тез өткізілуі, ойынның оңай әрі қызықты болуы, барлық топ мүшелерінің міндетті түрде қатысуы, командалық жұмыс. Оқытудың негізінде индивидуальды жұмыс және топаралық бәсекелестік жатыр. Жиналған ұпай саны мен соңғы нәтиже әр топ мүшесінің жағдайды тез әрі нақты талдап бітуіне, және топтың қандай шешімге келуіне байланысты. Осы әдіс өзін "Науқас қауіпсіздігі" элективті пәнінің "Қағым жұмыс" тақырыбында жақсы көрсетті. Осы ойынның мысалында интерн-терапевтер ұжымдаса отырып дәрігерлерлік қателіктерді анықтауға үйреніп, оларды дұрыстауға және алдын алуға үйренеді. Бұл алынған білімді практикалық іс жүргізуде қолдануға мүмкіндік береді, мысалы: станлартты емес клиникалық жағдай кезінде қысқа уақыт ішінде дифференциальды диагностиканы өткізіп, тиісті емдеу жоспары мен науқасты жүргізу тактикасын таңдау. Интерн-дердің ең үлкен қызығушылығын – аналитикалық матрица алады, ол инновациялық фарматтағы жобамен оқыту әдісі болып табылады. Сарапшы ретінде аурудың тарихымен жұмыс істегенде, интерн-нозология туралы тереңірек білім алып, өз бетінше дифференциальды диагноз қойып, жазбаларды дұрыс жүргізуді үйреніп, медициналық және ғылыми әдебиеттермен өз бетінше жұмыс істеуге дағдыланады (себебі қателікпен және күрделі асқынған клиникалық жағдаймен жұмыс істейді).

Қорытынды. Интернатурада инновациялық технологияны қолдану-теориялық білімді тереңдетіп нығайтуға, коммуникативті дағдыларды дамытуға, құқықтық білім алуға, топта жұмыс жасаудың мамандандырылған дағдыларын нығайтуға, талқылауларды дәлелдеп жүргізуге, өз көзқарастарын дәлелді медицина принциптеріне негіздеп дәлелдеуге, сонымен қатар жаңа білім алуға мүмкіндік береді. Интерн-дер әртүрлі танымдық ойындармен және өзіндік мінез құлық арқылы сенімділігі мен өзін-өзі бағалауын жоғарлата алады. Инновациялық оқыту әдісі - дәрігер-терапевтердің білім беру сапасын жоғарлатады. Бұл республикалық денсаулық сақтау ұйымдастырушыларымен тәжірибе жүзінде ҚазҰМУ түлектерімен дәлелденді.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 *Артюхина А.И., Чумаков В.И.* Интерактивные методы обучения в медицинском вузе. – Волгоград, 2011. – С. 5-11.
- 2 *Шамов И.А., Гаджиев Г.Э.* Деловая игра в медицинском вузе: пособие для преподавателей. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2008. – С. 15-18.
- 3 Современные образовательные технологии: учебное пособие / под.ред. Н.В.Бордовской: 2-е изд. – М.:КНОРУС, 2011. – С. 50-56.
- 4 *Шеметова Г.Н., Рябошапка А.И., Губанова Г.В., Красникова Н.В., Беляева Ю.Н.* Профилактическая работа терапевта: формирование компетенций // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – № 7-1. – С. 166-169.

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются активные методы обучения в интернатуре по внутренним болезням, позволяющие формировать и закреплять у начинающих врачей теоретические знания, практические навыки, интерес к исследовательской работе. Инновационные методы направлены на компетентностно-ориентированное обучение интернов-терапевтов и, с точки зрения самих обучающихся, способствуют более глубокому усвоению изучаемого материала. Особое значение это имеет для специалистов медицинского профиля, которые в течение трудовой деятельности обязаны повышать свой профессиональный уровень в соответствии с современными технологиями и инновациями в медицине.

Ключевые слова: медицинское образование, активные методы, компетентностно-личностное обучение, интернатура.

SUMMARY

The article includes the methods of internship training in internal diseases, which forms and consolidates theoretical knowledge, practical skills and interests in making researches of interns. The innovational methods are directed to competence-oriented education of interns-therapists, and according to the students consideration those methods give deeper comprehension in absorption studying materials. This is very importante for medical specialists, who are required to improve their professional level in accordance with modern technologies and innovations.

Key words: medical education, active methods, competence-based and personal training, internship.

УДК 61:331.363(574)

Н.Б. Орманбетова^{1}*

¹Республиканский клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны,
г. Алматы, Казахстан

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В РЕЗИДЕНТУРЕ

АННОТАЦИЯ

Послевузовское медицинское образование является необходимым условием успешного развития системы здравоохранения и обеспечения качества медицинской помощи. Для подготовки конкурентоспособных специалистов здравоохранения требуется реформа, предполагающая развитие системы послевузовского медицинского образования (резидентура) в качестве механизма системного партнерства вузов и практического здравоохранения. Следует пересмотреть требования к приему в резидентуру, систему финансирования образовательных программ резидентуры, механизмы оплаты труда преподавателей за клиническую деятельность, педагогическую нагрузку практических врачей. В программу подготовки предлагается включить обязательное научное исследование, которое должно проводиться на основе грантов. Успешная работа любой организации, в том числе и вуза, предусматривает постоянное совершенствование деятельности, ориентированное на улучшение качества. Неоднозначность процессов реформирования системы образования свидетельствует о необходимости разработки новых теоретических подходов к трактовке содержания процесса становления системы обеспечения качества вуза.

Ключевые слова: внутривузовская система качества, процессный подход, компетентность, компетенция.

Послевузовское медицинское образование – резидентура является фазой медицинского обучения, во время которой врачи получают опыт после завершения базовой медицинской подготовки. В соответствии с Законом РК "Об образовании" (№ 319-3 от 27.07.2007 г. ст. 22) освоение профессиональной учебной программы резидентуры является обязательным условием допуска к клинической практике граждан, получивших высшее медицинское образование по клиническим специальностям.

Приоритетной целью любого вуза является обеспечение его конкурентоспособности на рынке образовательных услуг. Построение внутривузовской системы обеспечения качества предполагает использование специальных инструментов взаимодействия вузов с целевыми группами потребителей.

Механизмы и модели оценки качества образовательных программ резидентуры, реализуемых организациями образования и науки, различны: вузы, сертифицируют свои системы менеджмента качества на соответствие

международным стандартам ИСО 9001:2008, некоторые научные центры ориентируются на модель делового совершенства EFQM. Организации образования и науки объединяет нацеленность на результат.

Цель исследования – провести сравнение системы подготовки специалистов здравоохранения в резидентуре Республики Казахстан и Израиля, разработать рекомендации по повышению качества подготовки выпускников резидентуры Республики Казахстан.

Методы исследования. Аналитическое исследование, включающее обзор публикаций в сфере обеспечения качества медицинского образования в Республике Казахстан и международном образовательном пространстве.

Краткое описание и результаты работы. "Стандарты и руководства для обеспечения качества высшего образования в европейском пространстве высшего образования" – это официальные документы Болонского процесса, утверждаемые на конференциях министров образования стран европейского пространства, которые используются аккредитационными агентствами.

Стандарты специализированной аккредитации послевузовской подготовки врачей в резидентуре разработаны в соответствии с Кодексом "О здоровье народа и системе здравоохранения"; Законами Республики Казахстан "Об образовании", "О техническом регулировании"; нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития РК; Международными стандартами Всемирной федерации медицинского образования по улучшению качества последипломного медицинского образования, европейскими стандартами и руководящими принципами с учетом национальных и региональных нужд и приоритетов системы здравоохранения Казахстана.

Казахстанскими инструментами гарантии качества послевузовского медицинского обра-

зования являются:

- лицензирование;
- государственный контроль - создание вертикали контроля качества - аттестация;
- аккредитация;
- рейтинги;
- признание документов об образовании;
- независимое тестирование выпускников резидентуры;
- сертификация и присвоение квалификации.

На сегодняшний день аккредитовано 78 образовательных программ резидентуры в 7 организациях образования (рис. 1) и 45 образовательных программ в 13 организациях науки (рис. 2).

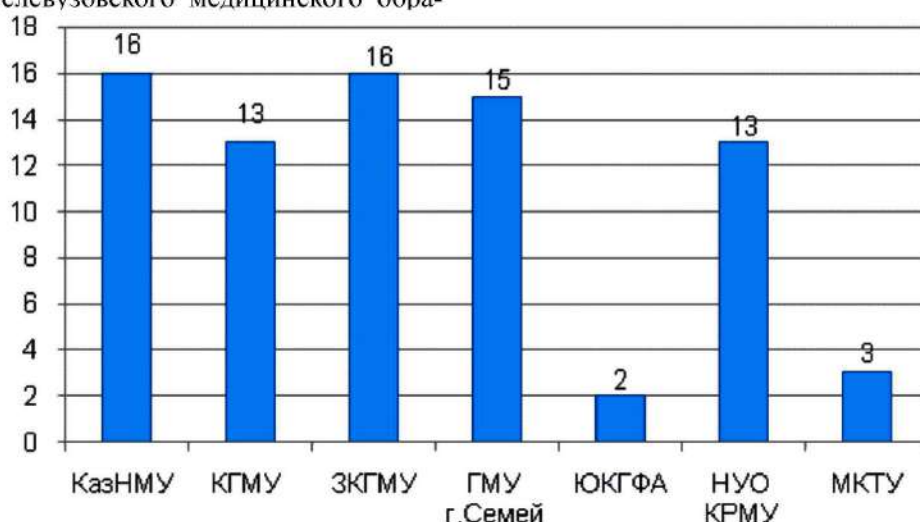


Рис. 1. Количество аккредитованных программ резидентуры в организациях образования (медицинские вузы) Республики Казахстан

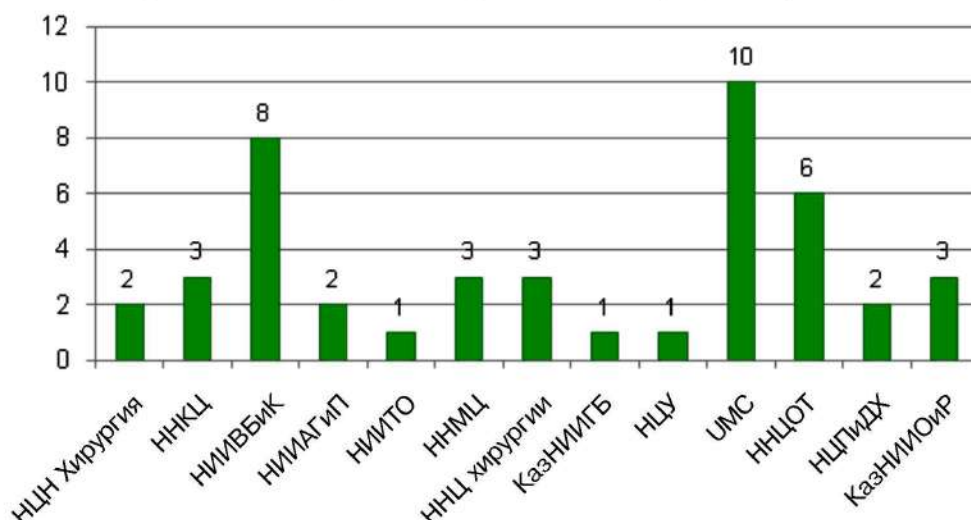


Рис. 2. Количество аккредитованных программ резидентуры в организациях науки (научные центры) Республики Казахстан

Несмотря на национальную систему оценки качества подготовки в резидентуре, можно ли утверждать, что специалисты, получившие свидетельство об окончании резидентуры и сертификат специалиста, действительно способны поддерживать достойный уровень современного здравоохранения? Ответ на этот вопрос кроется в сравнении систем подготовки врачей в Казахстане и других странах, например, в Израиле.

При поступлении в резидентуру Казахстана для участия в конкурсе интерн должен сдать экзамены по одному из европейских иностранных языков, набрав не менее 30 баллов, и по специальной дисциплине, набрав не менее 50 баллов. В противоположность этому в Израиле требуются огромные усилия, чтобы быть принятым для прохождения специализации. Там нет такого условия, что, если врач способен заплатить за свое обучение, конкурс уже не нужен: оплата за обучение (резидентуру) от частных лиц не принимается, да и сумма за обучение слишком велика. Кроме того, каждый заведующий отделением должен выплачивать солидную страховку и в среднем – половину стипендии врачу, который принят в резидентуру, из фондов своего отделения. Поэтому требуется не только найти организацию, которая будет выплачивать стипендию, но и убедить руководителя, что этот врач заслуживает доверия и на него можно рассчитывать. Таким образом, создаются трудные конкурсные условия, и бороться есть за что, поскольку врач-специалист в Израиле имеет высокий социальный статус и получает зарплату намного выше средней зарплаты в стране. Счастливых, пробившихся в резидентуру, ждет тяжелейшая работа с высоким напряжением как физических, так и моральных сил [1].

Во время обучения в Казахстане образовательная программа резидентуры формируется на основе типовых учебных планов с нормативными сроками от 2 до 4 лет. Освоенными считаются дисциплины, по которым сданы экзамены с оценками от 50 до 100 баллов. Экзамен, как правило, проводится методом тестирования или собеседования, что предполагает оценку только когнитивных компетенций. Формирование индивидуального учебного плана носит формальный характер.

Обучение в резидентуре в Израиле составляет 3-6 лет. Каждый резидент обязан предо-

ставить законченную научную работу по прикладной базовой дисциплине (иммунология, биохимия, патогистология и т.д.), иметь ротацию не менее полугода по смежным дисциплинам. Каждый резидент должен работать дежурным врачом в своем и приемном отделении. А чтобы получить разрешение на дежурство, следует пройти курсы и сдать экзамен по реанимации, включающий теоретическую и практическую части [2]. Врачи, проходящие специализацию, помимо лечебной работы ведут научные исследования: как минимум ежемесячно докладывают клинические случаи и выполняют обзор мировой литературы по теме доклада, участвуют в ежемесячных научных конференциях. Таким образом, после работы, кроме изучения объемных руководств по специальности, нужно много читать на английском языке. Никто не предполагает параллельный перевод, потому что все врачи обязаны знать иностранный язык на высоком уровне [3].

Для получения доступа к практической деятельности выпускник резидентуры должен иметь сертификат специалиста, пройдя тестирование по специальности и имея практические навыки по неотложной помощи. Чтобы получить лицензию специалиста в Израиле, необходимо успешно сдать 2 этапа лицензионного экзамена. Первый – в виде теста, состоящего из 150 вопросов, включающих кроме распространенных и редкие заболевания, и вопросы по базовым дисциплинам. Вторым этапом – устный экзамен, состоящий из 4-х разделов, где с каждым экзаменуемым беседуют по 2 ведущих эксперта страны в этой области.

Таким образом, каждый будущий врач-специалист проходит через собеседование с 8 экзаменаторами. Для объективности оценки обязательно в качестве экзаменаторов привлекаются независимые специалисты. Если какой-либо из разделов экзамена не пройден, экзамен не сдан, и следующая (и единственная оставшаяся) попытка будет возможна только через 1 год. Например, если будущий специалист-дерматолог (не патологоанатом) из четырех представленных гистологических препаратов в двух случаях поставил неправильный диагноз, экзамен считается проваленным. Плохое знание английского языка не позволяет многим врачам из других стран подтвердить квалификацию врача в Израиле [4].

Руководителями отделений в израильских клиниках в подавляющем большинстве – профессора, и значительная часть штатных врачей крупных клиник являются профессорами, и все без исключения выполняют какие-либо научные исследования на международном уровне [5].

В Казахстане деятельность практического здравоохранения и деятельность медицинских организаций образования отделены друг от друга. Хотя преподаватели клинических кафедр ведут клиническую деятельность на клинических базах, они составляют незначительную часть практикующих специалистов. Подавляющее большинство профессорско-преподавательского состава кафедр медицинских вузов не занимаются исследованиями на уровне мировых достижений в медицине.

Сложным вопросом является финансовое обеспечение такой специализации. Вероятно, она должна складываться из частного вноса, зарплаты во время врачебной практики и, таким образом, должен стимулироваться инте-

рес к научным исследованиям, и тогда уровень стипендии или зарплаты врачей на специализацию частично будет зависеть от способностей и активности обучаемого.

Выводы

Анализ качества подготовки в резидентуре Республики Казахстан выявил следующие проблемы, требующие решения:

- отсутствие эффективного взаимодействия медицинских организаций и медицинских вузов;
- низкий уровень вовлеченности преподавателей клинических кафедр в практическое здравоохранение, а практических врачей – в образовательный процесс;
- низкий уровень научной активности на клинических базах медицинских вузов;
- несовершенная система финансирования программ резидентуры, отсутствие гибких механизмов оплаты труда преподавателей за клиническую деятельность, педагогической нагрузки практических врачей.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Руководство по использованию ECTS, 2015. – 69 с.
- 2 The European Recognition Manual for Higher Education Institutions Practical guidelines for credential evaluators and admissions officers to provide fair and flexible recognition of foreign degrees and studies abroad Second edition, 2016. – 152 p.
- 3 The European Higher Education Area in 2015: Implementation Report. – 304 p.
- 4 Trends 2015: Learning and Teaching in European Universities by Andres Ursock. – 133 p.
- 5 A Tuning Guide to Formulating Degree Programme Profiles Including Programme Competences and Programme Learning Outcomes. – 97 p.
- 6 Coleman C.A., Appy S. Health literacy teaching in US medical schools, 2010 // Family Medicine. – 2012. – Vol. 44, № 7. – P. 504–507 <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2015/129187/ref/>
- 7 Blumenthal DM, Bernard K, Bohnen J, Bohmer R. Addressing the leadership gap in medicine: residents' need for systematic leadership development training // AcadMed. – 2012. – Vol. 87(4). – P. 513–522, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22361800>

ТҮЙІН

Жоғарғы оқу орнынан кейінгі медициналық білім беру-денсаулық сақтау жүйесінің және медициналық көмек сапасымен қамтамасыз ету, сәтті дамуына қажетті жағдай болып табылады. Бәсекеге қабілетті денсаулық сақтау мамандарын дайындау үшін реформа қажет, практикалық денсаулық сақтау және медициналық жоғарғы оқу орнынан кейінгі білім беруді (резидентура) дамытуды жоғарғы оқу орнының серіктестік жүйесінің механизміне болжау. Резидентура қабылдау талабын, резидентура бағдарламасының білім беруді қаржыландыру жүйесін, практикалық дәрігерлердің педагогикалық жүктемесін, оқытушылардың

клиникалық қызметіне еңбек ақы төлеу механизмін қайта қарастырылуы қажет. Даярлау бағдарламасына грант негізінде жүргізілген міндеттелген ғылыми зерттеу жұмысын енгізуге ұсыныс жасау. Кез келген ұйымның, соның ішінде жоғарғы оқу орнын сапасын жақсарту үшін үнемі үздіксіз жетілдіру қажет. Білім жүйесінің бірімәнді емес реформалануы жоғарғы оқу орнында сапа жүйесімен қамтамасыз ету барысында жаңа теориялық тәсіл әзірлеуді куәландырады.

Түйінді сөздер: жоғарғы оқу орнының ішкі сапа жүйесі, үдерістік, біліктілік, құзырет.

SUMMARY

After graduate medical education can be found as necessary condition for successful development system of health care and provision quality of medical aid. In order to prepare competitive professionals of health care, reform is required, which involves the development of the system of postgraduate medical education (residency) as a mechanism for a system partnership of the university and practical health care. It is necessary to revise the sources of funding for the educational programs of the residency and the requirements for admission in the residency. It is necessary to review the requirements of residency, the system of financial educational programs of residency, the mechanism of teacher's payments for clinical activity, practical doctors pedagogical load. To the training program, a compulsory scientific research is proposed, conducted based on grants. For the successful work of any organization, including the university, it is necessary to improve the activities, focused on the enhancement of the quality. Ambiguity of the processes of reforming the education system testifies the need to develop new theoretical approaches to the interpretation of the content of the process of establishing the quality assurance system of the university.

Key words: intra-university quality system, process approach, competency, competence.