



SOUTH KAZAKHSTAN  
**MEDICAL  
ACADEMY**



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

# ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

# ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

# VESTNIK

№1-2 (92), 2021

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN  
SCIENTIFIC JOURNAL

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1-2 (92), 2021

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ    РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy  
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован  
Министерством информации и  
коммуникаций Республики Казакстан  
Регистрационное свидетельство  
№17199-ж от 04.07.2018 года.  
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в  
Международном центре по регистрации  
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,  
г.Париж,Франция), присвоен  
международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в  
международной базе данных Information  
Service, for Physics, Electronics and  
Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:  
160019 Республика Казакстан,  
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1  
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)  
Факс: 40-82-19  
www.ukgfa.kz, ukgma.kz  
E-Mail: medacadem@rambler.ru,  
raihan\_ukgfa@mail.ru

Тираж 20 экз. Журнал отпечатан в  
типографии ИП «Қанағат»,  
г. Шымкент.

**Главный редактор**

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

**Заместитель главного редактора**

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,  
профессор

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов  
СССР и Казакстана

**Редакционная коллегия:**

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент  
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент  
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент  
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент  
Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор  
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор  
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук,  
профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор  
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика  
Польша)  
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated  
Professor (Dudley, UK)  
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,  
Украина)  
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,  
Россия)  
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия,  
США)  
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,  
Россия)  
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,  
Россия)  
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)  
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,  
Финляндия)  
Шнитовска М., Prof., Phd., M.Pharm (г.Гданьск,  
Республика Польша)

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 611+616.36+616.61:618.33-097:615.9:616-036.12

**С.К. Тулеметов, Т.А.Ашуров, М.Ю.Акрамова**

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

### **УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ В ПОЛОВОЗРЕЛОМ ПЕРИОДЕ**

#### **АННОТАЦИЯ**

В работе изучена морфологические особенностей тимуса в динамике экспериментального хронического гелиотринного гепатита на фоне предварительной спленэктомии. Было установлено, что хронический гепатит сопровождался прогрессивным уменьшением средней площади долек тимуса, особенно её корковой зоны. Предварительная спленэктомия в условиях развития хронического гепатита способствует повышению пролиферации тимоцитов и некоторому восстановлению клеточного состава корковой зоны тимуса. Следовательно, при хроническом гепатите на фоне предварительной спленэктомии происходит некоторое усиление лимфоцитопоза в тимусе, и, возможно, уменьшение степени внутритимусной деструкции тимоцитов.

Ключевые слова: токсический гепатит, селезенка, тимус, спленэктомия, печень.

**Введение.** За последние годы получен ряд доказательств, свидетельствующий об активном участии селезенки в патогенезе хронических гепатитов и циррозов печени. Тесная взаимосвязь селезенки с печенью через систему портальной вены обуславливает активное участие селезенки в патологических процессах, наблюдаемых в печени. За последние 20 лет получен ряд данных, свидетельствующих об активном участии селезенки в патогенезе токсических гепатитов [1; 2; 3].

В клинических условиях, особенно при развитии портальной гипертензии, значение селезенки ещё более возрастает. Тем не менее, роль селезенки в патогенезе активного хронического гепатита и цирроза печени остаётся до конца не ясной. Одни авторы предполагают, что спленэктомия при циррозе печени способствует восстановлению картины крови, тогда как другие отрицают благоприятный эффект спленэктомии [2; 3; 4; 5].

В патогенезе хронических гепатитов и циррозов печени всё большее значение преобретают иммунные нарушения в организме [2].

Будучи важнейшим компонентом иммунной системы, селезенка тесно взаимосвязана с другими ее органами, прежде всего, с тимусом. Выключение селезенки из всей системы обязательно влечет за собой нарушение координации межорганных взаимоотношений. Тем не менее, роль селезенки в развитии иммунных нарушений в организме в условиях патологии остаётся не выясненной [6; 7]. Состояние тимуса при хроническом гелиотринном гепатите на фоне удаления селезенки практически не исследовано.

**Цель работы.** Выяснение морфологических особенностей тимуса в динамике экспериментального хронического гелиотринного гепатита на фоне предварительной спленэктомии.

**Материал и методы.** Опыты проведены на взрослых крысах-самцах с массой тела 150-170 гр. Все животные подразделены на пять групп.

В первой группе у здоровых животных производили тотальную спленэктомию.

Во второй группе у животных без спленэктомии вызывали путем введения гелиотрина по схеме, в течение 6 недель в дозе 0,05 мг/г [3].

В третьей группе в начале производили спленэктомию и, начиная с третьих суток после операции вызывали хронический гелиотринный гепатит по этой же схеме. Четвертая группа животных, которым производили только лапаротомию и вместо гелиотрина вводили стерильный физиологический раствор, служила контролем. Все животные были забиты на 40, 60 и 90 сутки от начала экспериментов, под легким эфирным наркозом. Кусочки тимуса после взвешивания немедленно фиксировались в 10% нейтральном формалине или жидкости Буэна, обезвоживались и заливались в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм использовались для общеморфологических и морфометрических исследований. На этих срезах площади дольки и её зон, определяли среднюю плотность расположения клеток тимуса на  $10^5$  мкм<sup>2</sup> площади, подсчитывали абсолютное и относительное число различных клеток на эту же площадь дольки. С целью электронно - микроскопических исследований кусочки тимуса фиксировали в 1,25% растворе глутарового альдегида с дофиксацией в 1% растворе осмиевой кислоты. После обезвоживания материал заливали в аралдит-эпон. Ультратонкие срезы, контрастированные уранил ацетатом и цитратом свинца, просматривали в электронном микроскопе JEM-100S. Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверным считались различия, удовлетворяющие  $P < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты показали, что спленэктомия, проведенная у здоровых животных, не оказала существенного влияния на морфометрические и цитометрические показатели тимуса. В то же время хронический гепатит сопровождался прогрессирующим уменьшением средней площади долек тимуса, особенно её корковой зоны. Это выражалось в уменьшении плотности клеток в этой зоне, которая на 60 и 90 сутки экспериментов соответственно составляла 62,5 и 51,2 % от контрольных показателей. Таким же образом в эти сроки хронического гепатита плотность клеток мозговой зоны уменьшилась до 79% от контроля.

Несколько иные данные получены при развитии хронического гепатита у предварительно спленэктомированных животных. У этих животных средние площади долек тимуса и её зон, хотя и снижались по сравнению с контролем, тем не менее, оказались достоверно выше показателей животных с хроническим гепатитом без спленэктомии. Аналогичным образом плотность клеток в корковой зоне дольки тимуса оказалась достоверно выше и на 60 и 90 сутки соответственно составляла 82,7% и 70,3% от контроля. Плотность клеток мозговой зоны в эти же сроки снижалась незначительно, и составляло 94-95% от контроля.

Эти данные показывают, что проведенная спленэктомия снижает темпы гипопластических процессов в тимусе при хроническом гепатите, о чем свидетельствует более высокая плотность клеток в корковой зоне тимуса. Предварительная спленэктомия оказала определенное влияние и на клеточный состав корковой зоны тимуса в условиях хронического гепатита.

Спленэктомия, проведенная у здоровых животных приводила к достоверному повышению числа молодых тимоцитов (лимфобластов, больших лимфоцитов) и макрофагов. В то же время при развитии хронического гепатита без спленэктомии количество всех видов лимфоцитов уменьшилось в 1,5-3,0 раза, а число макрофагов, интердигитирующих клеток увеличивалось более чем в 3 раза. Предварительная спленэктомия способствовала некоторой стабилизации клеточного состава корковой зоны тимуса в условиях развития хронического гепатита.

При этом число лимфобластов и больших лимфоцитов более чем в 2 раза превышало показатели животных с хроническим гепатитом без спленэктомии. Таким же образом у спленэктомированных животных уменьшилось число макрофагов, интердигитирующих и плазматических клеток. Всё это свидетельствовало о том, что предварительная спленэктомия в условиях развития хронического гепатита способствует повышению

пролиферации тимоцитов и некоторому восстановлению клеточного состава корковой зоны тимуса.

Из изложенного вытекает, что предварительная спленэктомия с последующим воспроизведением модели хронического гепатита оказывает существенное влияние на течение гипопластических процессов в тимусе. При этом плотность клеток, особенно корковой зоны тимуса повышается по сравнению с животными с хроническим гепатитом без спленэктомии. Это обуславливается главным образом за счёт увеличения числа лимфоцитов тимуса или тимоцитов.

Следовательно, при хроническом гепатите на фоне предварительной спленэктомии происходит некоторое усиление лимфоцитопоза в тимусе, и, возможно, уменьшение степени внутритимусной деструкции тимоцитов. Механизм положительного влияния спленэктомии на состояние тимуса в условиях хронического гепатита не может быть объяснен однозначно. Имеются данные о том, что в селезенке при хроническом гепатите вырабатывается большое количество аутоантител, мишенью которых, кроме гепатоцитов, являются клетки крови и иммунитета. Также известно, что в условиях токсического поражения печени в селезенке вырабатываются факторы, которые подавляют тимусзависимый иммунный ответ. Возможно, что эти факторы оказывают действие и на тимус, подавляя в нем процесс Т-лимфоцитопоза. В этих условиях удаление селезенки исключает её отрицательное влияние на структурно функциональное состояние тимуса.

#### **Выводы.**

1. Степень гипоплазии тимуса, наблюдаемая при развитии хронического гепатита, значительно уменьшается у предварительно спленэктомированных животных, что проявляется повышением плотности расположения тимоцитов и стабилизацией клеточного состава дольки.
2. Предположительно эффект спленэктомии на состояние тимуса при хроническом гепатите связан с уменьшением аутоантител и иммуносупрессивных факторов, вырабатываемых селезенкой в условиях патологии печени.

#### **Литература**

1. Hirakawa Y., Ogata T., Sasada T., Yamashita T., Itoh K., Tanaka H., Okuda K. Immunological consequences following splenectomy in patients with liver cirrhosis. // *Exp Ther Med.* 2019 Jul;18(1):848-856. doi: 10.3892/etm.2019.7640. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31281459 Free PMC article.
2. Yamada S., Morine Y., Imura S., Ikemoto T., Arakawa Y., Iwahashi S., Saito Y., Yoshikawa M., Teraoku H., Shimada M. Liver regeneration after splenectomy in patients with liver cirrhosis. // *Hepatol Res.* 2016 Mar;46(5):443-9. doi: 10.1111/hepr.12573. Epub 2015 Oct 2. PMID: 26428414
3. Weledji E.P. Benefits and risks of splenectomy. // *Int J Surg.* 2014;12(2):113-9. doi: 10.1016/j.ijsu.2013.11.017. Epub 2013 Dec 3. PMID: 24316283 Free article. Review.
4. Worrest T., Cunningham A., Dewey E., Deloughery T.G., Gilbert E., Sheppard B.C., Fischer L.E. Immune Thrombocytopenic Purpura Splenectomy in the Context of New Medical Therapies. // *J. Surg Res.* 2020 Jan;245:643-648. doi: 10.1016/j.jss.2019.06.092. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31536907
5. Sulpizio E.D., Raghunathan V., Shatzel J.J., Zilberman-Rudenko J., Worrest T., Sheppard B.C., DeLoughery T.G. Long-term remission rates after splenectomy in adults with Evans syndrome compared to immune thrombocytopenia: A single-center retrospective study. // *Eur J. Haematol.* 2020 Jan;104(1):55-58. doi: 10.1111/ejh.13336. Epub 2019 Oct 27. PMID: 31594025 Free PMC article.
6. Liebman H.A., Weitz I.C. Autoimmune Hemolytic Anemia. // *Med Clin North Am.* 2017 Mar;101(2):351-359. doi: 10.1016/j.mcna.2016.09.007. Epub 2016 Dec 14. PMID: 28189175 Review.
7. Himel A.R., Taylor E.B., Phillips C.L., Welch B.A., Spann R.A., Bandyopadhyay S., Grayson B.E. Splenectomy fails to attenuate immuno-hematologic changes after rodent vertical sleeve gastrectomy. // *Exp Biol Med (Maywood).* 2019 Oct;244(13):1125-1135. doi: 10.1177/1535370219857991. Epub 2019 Jun 18. PMID: 31213084 Free PMC article.

**Резюме**

С.К. Тулеметов, Т.А.Ашуров, М.Ю.Акрамова  
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

**УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ В ПОЛОВОЗРЕЛОМ ПЕРИОДЕ**

В работе изучена морфологические особенностей тимуса в динамике экспериментального хронического гелиотринного гепатита на фоне предварительной спленэктомии. Было установлено, что хронический гепатит сопровождался прогрессивным уменьшением средней площади долек тимуса, особенно её корковой зоны. Предварительная спленэктомия в условиях развития хронического гепатита способствует повышению пролиферации тимоцитов и некоторому восстановлению клеточного состава корковой зоны тимуса. Следовательно, при хроническом гепатите на фоне предварительной спленэктомии происходит некоторое усиление лимфоцитопоэза в тимусе, и, возможно, уменьшение степени внутритимусной деструкции тимоцитов.

Ключевые слова: токсический гепатит, селезенка, тимус, спленэктомия, печень.

**Summary**

S.K. Tulemetov, T.A. Ashurov, M.Yu. Akramova  
Tashkent state of dental institute, Tashkent pediatric medical institute

**ULTRASTRUCTURAL AND MORPHOMETRIC FEATURES OF THYMUS IN CHRONIC TOXIC HEPATITIS ON THE BACKGROUND OF PRELIMINARY SPLENECTOMY DURING THE MATURITY PERIOD**

The work studied the morphological features of the thymus in the dynamics of experimental chronic heliotrinic hepatitis against the background of preliminary splenectomy. It was found that chronic hepatitis was accompanied by a progressive decrease in the average area of the thymus lobules, especially its cortical zone. Preliminary splenectomy in the setting of chronic hepatitis promotes an increase in thymocyte proliferation and some restoration of the cellular composition of the thymic cortical zone. Consequently, in chronic hepatitis, against the background of preliminary splenectomy, there is a slight increase in lymphocytopoiesis in the thymus, and, possibly, a decrease in the degree of intrathymic destruction of thymocytes.

Key words: toxic hepatitis, spleen, thymus, splenectomy, liver.

**Сведения об авторах:**

**Тулеметов Сабыржан Каликович** – кандидат мед.наук, доцент кафедры анатомии Ташкентского государственного стоматологического института МЗ Узбекистана.

Служебный адрес: 100047, г.Ташкент, ул. Тараққийт 103, главный учебный корпус, кафедра Анатомия ТДСИ. **Тел: +998712302065; Факс: +998712304799**

Домашний адрес: 700109, г.Ташкент, Юнусобод 15кв-л, 56 дом, 16кв-ра. E.mail: [Tulemetov12@mail.ru](mailto:Tulemetov12@mail.ru)+998946193356 (моб), +998712235525 (дом)

**Ашуров Тулкин Абдуллаевич** - кандидат мед.наук, ассистент кафедры анатомии Ташкентского государственного стоматологического института МЗ Узбекистана.

Служебный адрес: 100047, г.Ташкент, ул. Тараққийт 103, главный учебный корпус, кафедра Анатомия ТДСИ. **Тел: +998712302065; Факс: +998712304799**

**Акрамова Махфуза Юлдашевна** – ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института МЗ Узбекистана.

Служебный адрес: 100140, г.Ташкент, ул. Боги шамол 223, главный учебный корпус, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТашПМИ. Тел: +998712603126; Факс: +998712623314

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МРНТИ 76.29.39,76.09.27,31.27.37  
УДК 616-001.4-002.3-053.9

Тажимурадов Р.Т.<sup>1</sup>, Исабеков Н.А.<sup>2</sup>, Мамытхан Р.С.<sup>1</sup>, Пилалов Б.У.<sup>3</sup>, Рамазанов Ж.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, г.Шымкент, РК

<sup>2</sup>Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы, РК

<sup>3</sup>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, РК

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ДОБАВОЧНОГО РАСТВОРА (БАД) В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

#### Резюме

Авторы в статье показали, что эффективность применение современного биологического активного добавочного раствора (БАД) антисептику у 308 больных пожилого и старческого возраста с гнойно-воспалительными заболеваниями. Полученные авторами данные показали, что ускорение оттока гноя из ран быстрее, чем у больных лечившихся в традиционным методом почти в 2 раза. Кроме того это раствор способствует благоприятное действия раневого процесса, как противовоспалительное, обезболивающие, ускоряющих некролиза, поддерживающих влажную среду в ране и активизирующие появление регенерацию тканей, а также уменьшает экономическую затрату. Поэтому авторы, считают целесообразность ее внедрение в клинической практике при гнойно-воспалительных заболеваниях.

**Ключевые слова:** гной, раны, инфекция, «БАД», возраст.

**Введение.** В настоящее время не существует общепринятой тактики лечения больных пожилого и старческого возраста с гнойно-воспалительным процессом с различными сопутствующими заболеваниями [7.9]. Некоторые авторы [5,7.9] предлагают ограничиться только вскрытием гнойного очага с дренированием полости [1,3.8]. Вместе с тем, научно обоснованная тактика лечения у этих категории больных, позволить в некоторых случаях индивидуализировать каждого больного [3.5,8]. Поэтому, определение оптимальной тактики лечения больных старших возрастных групп гнойно- воспалительным процессом, является актуальной проблемой [2,4.6]. Кроме того, в последние годы среди больных пожилого и старческого возраста наметился значительный рост хирургических заболеваний, что связано с активным выявлением больных. [1,2,10]

По мнению многих авторов [3,4,7,8] у больных пожилого возраста уменьшается репаративных процессов в тканях и снижается сопротивляемость организма к инфекции последующим часто развиваются тяжелые осложнения и удлиняются сроки заживления ран. [5,6]

**Цель:** на основе использования современных биологических активных препаратов для улучшение результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с гнойно-воспалительными заболеваниями страдающих с различными сопутствующими заболеваниями и оценить экономической эффективность её применение в клинической практике влечении с гнойно- воспалительными заболеваниями у больных пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы исследования:** За прошедшее 10 лет (2010-2020) в поликлиники №1 и №5 в г. Шымкента обратились - 308 (54,6%) пациентов и поступил во П хирургическую клинику ОКБ-256 (45,4%) больных гнойно- воспалительным процессом, страдающих с различными сопутствующими заболеваниями, что среди всех лечившихся больных мужчин было у 354 (62,7%) и женщин у 210 (37,3%) пациентов, возраст мужчин соответствует от 48 до 79 года, женщин от 56 до 84 лет. Таким образом, заболеваемость лица мужского пола 1,8 раз превышает, чем женщин. Наблюдаемые больные разделены на 3-группы в зависимости от применения различных видов местное медикаментозное лечение.

Первую группу составили 256 (45,4%) больных представлена пациентами лечившихся новым биологическим антисептическим раствором «БАД». Вторая группа 228 (40,4%) больных лечившихся протеолитическим ферментами, а третью группу 80 (14,2%) обычным традиционным методом. Основной группу больных лечения проводилось в стационаре. В группу больных традиционно и контрольной группы лечение которых проводилось в основном амбулаторных условиях. В обеих группе сравнение (80,8%) пациенты обратились к врачу поликлиники в период от 3-8 дней с момента начала гнойно-воспалительного процесса.

Больные в трех групп, при обращении в поликлинику и стационар, имели тяжелые нарушения углеводного обмена и сочеталось с другими сопутствующими заболеваниями.

Для установления достоверности полученных результатов мы использовали коэффициент Р - Стьюдента. Достоверным считались различия, при совпадении частоты по изучаемому признаку не более 5% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты и их обсуждения.** В трех группе абсцессы встречались - у 126 (21,9%) от общего числа пациентов. Они локализовались чаще в верхнелатеральном квадрате ягодичной области. По этиологическому фактору чаще были постинъекционными. Размеры абсцессов варьировали от 8-10 до 17-20 см, (составляя в среднем  $10,2 \pm 3,5$ ), длительность заболевания колебалось от 3 до 8 дней (в среднем  $5,6 \pm 1,9$  суток). Объем выделенного гноя составил от 120 до 300 мл (в среднем от  $85 \pm 42,2$  мл).

Флегмона выявлена у 14 (10%) больных обширность зоны поражения мягких тканей при флегмонах колебались от 18-26 до 14-18 см, составляя (в среднем  $15,8 \pm 3,2$  см) длительность заболевания составило от 5 до 8 дней (в среднем  $9,2 \pm 4,1$  суток). Карбункул выявлялся — у 98 (11,3%) больных, размеры карбункула варьировали от 14-16 до 16 -18 см составляя (в среднем  $15,4 \pm 4,8$  см). Длительность болезни с момента заболевания до их поступления колебалось от 6 до 10 дней, (в среднем  $9,4 \pm 1,8$  суток), объем выделенного гноя составил от 180 до 140-150 мл (в среднем  $80 \pm 38$  мл). Наименее распространенным среди гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей в трех группе являлось нагноения после операционных - у 49 (8,6%) пациентов. Нагноения послеоперационных ран развивались в сроки от 3 до 5 дней после первичной операций, (в среднем  $3,2 \pm 1,6$  дней). Анализ наших 114 (20,4%) материалов показал, что чаще острые гнойные заболевания пальцев и кисти наблюдалась у лиц, занимающихся физическим трудом.

Основным моментом возникновения гнойных заболевания кисти пальцев и стопы являлись уколы, занозы, потертосты и мозоли. Причины развитие панариции - у (67,5%) больных являлись микротравмы. Потертосты и мозоли предшествовали заболеванию - у (14,3%) больных, инфицированные раны — у (27,1%) больных, укушенные раны — у (3,1%) больных. Из этого можно сделать кратки вывод, что характер микротравм играет существенную роль в возникновении гнойных заболеваний кисти и пальцев. Особенно важно отметить, что наиболее часто эти заболевания наблюдалось у мужчин - у (63,5%) случаях в возрасте 50-70 лет. Из местных проявлений заболевания в трех группе были: наличие в очаге воспаления, отеки, болезненного инфильтрата, гиперемия, флюктуации с ограничением функций пораженной части тела и конечностей. Все перечисленные симптомы были в трех группах больше или меньше в зависимости от распространенности патологического процесса.

Показатели крови у больных в трех группах, отмечено высокий уровень лейкоцитоз в крови ( $16,5 \pm 2,4$ ), показателей СОЭ ( $18,1 \pm 42,6$ ). У всех трех группах отмечалось исходно повышенное артериальное давление. В дальнейшем, оно постепенно нормализовалось, уряджас пульс. Особых отличий в тенденции изменения пульса и АД в сравниваемых группах не отмечено. Частота сердечных сокращение к 2-м суткам наблюдения составило в традиционной и контрольной ( $90 \pm 140,2$  в мин), а у больных основной группы - ( $88,9 \pm 49,8$  в 1 мин) и ( $P > 0,05$ ). Следует отметить, слабо выраженную тенденцию к снижению количества эритроцитов от ( $408 \pm 0,6$  до  $4,0 \pm 0,38 \cdot 10^{12}$  г/литр) и гемоглобина в динамике лечения.

Одновременно с этим, наблюдали постепенное снижение показателей лейкоцитов крови и СОЭ, которые достигали нормальных значений уже к 5-м суткам после операции. Заслуживает внимания более высокий лейкоцитоз в контрольной и традиционной группе в 2-е сутки после вскрытия гнойно-воспалительного очага ( $11,4 \pm 1,1 \cdot 10^9$  г/л), чем в основной ( $8,2 \pm 1,2 \cdot 10^9$  г/л). Довольно тесная корреляция с лейкоцитозом отмечена со стороны СОЭ. При поступлении этот показатель был повышенным и приблизительно одинаковым в трех группах.



Достоверная разница между СОЭ у больных контрольной и традиционной (10,2±41,8мм/час), основной (9,8±1,1 мм/час) групп, установленная на 2-е сутки после операции, сохранялось вплоть до 5 суток. При микробиологическом исследовании у - 98 пациентов (47,10%) основной группы установлен смешанный характер инфекции с высокой степенью обсемененностей мягких тканей более 10\*6 микроорганизмов в 1 грамме тканей. В структуре идентифицированной микрофлорой доминирующее позиции занимали грамм + при этом спектр выделенных микроорганизмов был предоставлен культурами факультативный кокковой микрофлорой, а также ассоциациями этих микроорганизмов у 26,3% больных высеван эпидермальный стафилококк, у-14,2% золотистый стафилококк, у - 18,8% стрептококк, у-6,7% кишечная палочка, у-40,1% ассоциация аэробных культур.

Общие принципы комплексного лечения больных острыми гнойными хирургическими заболеваниями как для традиционной и контрольной, так для исследуемой основной группы складывались одинаково, стандартно которая состояло из антибактериальной противовоспалительной по показаниям детаксикационной терапии. Для воздействия микрофлору воспалительный процесс на 1-м этапе, на 2-й сутки после операции основываясь на полученных результатах бактериологического исследование и определения чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам. Меняли антибактериальной препараты.

Наряду антибиотиками широко использовали препараты в группы метронидазола (трихопол, леворин, нистатин) учитывая, что при тяжелых гнойных заболеваниях снижается специфической и неспецифический иммунитет в ряде случаев, больным назначали гамма-глобулин, антистафилококковые плазма и анатоксин назначали антибиотики широкого спектра действие, и сульфаниламидные препараты.

Интенсивность этих мероприятий, конечно зависел, от степеней тяжести состояния больных и течения острой инфекции. Непременным условием лечения данного контингента больных мы считаем – выполнение раннего оперативного вмешательство во всех случаях, когда имелось созревание гнойного очага. Оно включало в себя следующие этапы операции: вскрытие гнойников, иссечение и удаление жизненно неспособных тканей, санацию и дренирование гнойных полостей. Обязательным условием оперативного вмешательство являлось ликвидация карманов и затеков, что обеспечивали надлежащий отток гноя.

Оперативные вмешательство у 3-х групп больных проводились после традиционной премедикации. В основном 78-82% больных использовали местную инфильтративную анестезию (септической состоянии внутривенное или общее обезболивание с управляемым дыханием).

Общие принципы лечение больных, основной и сравниваемых групп, выполненные оперативные вмешательство, санация, промывание и дренирование гнойной полости (раны) от такового между группами не отличались. Так, у больных контрольной группы, после выполнения оперативного вмешательства, санация, промывание и дренирование в полость гнойника устанавливали турунды из марли, смоченной 10% гипертоническим раствором, а также в ране оставлено полихлорвиниловый дренаж для орошение 3% перекисью водорода через дренаж вводили 2-3 раз в сутки от 10-20мл этого же раствора.

В последующем, ежедневно меняли повязки едентичным способом и начиная с 5-6 х суток, после очищение раны, когда рана начинала покрываться грануляционной тканью, применяли маевые повязки 10% левомеколью так, у больных традиционной группы, после выполнения оперативного вмешательства, в полость гнойника устанавливали турунду, смоченный протеолитическими препаратами (трипсин, химопсин), а также через дренажную трубку введено протеолитические ферменты и в таком же количестве 2-3 раза в сутки.

В отличие от этих методов всем 256 (45,4%) больных основной группы, после выполнение операции и процедуры в гнойной полости для местного лечение проводили с использованием марлевой турунды смоченной пропитанным новым 1-2% биологическим активным раствором «БАД» для орошения раны по полихлорвиниловому дренажу вводили 2-3 раз в сутки от 20-30 мл этого же раствора. В наблюдаемой нами группе больных у 57 (2,4%) пациентов выявлены признаки распространенного гнойно-воспалительного процесса, сопровождающиеся септического состояние. В связи этими особенностями гнойного процесса хирургические вмешательства пациентам этой группы выполнялись в экстренном порядке по жизненным показаниям и были направлены на радикальное устранение гнойного очага.

У больных основной группы хирургические вмешательства преимущественно выполнялись в плановом и отсроченном порядке у-208 (70%) доля ургентной патологии,

требующей экстренного вмешательства, составило у-52 (9,2%) пациентов. У больных традиционной и контрольной группы - 192 операции (68,9). У 88 (28,3%) операции выполнены в течение первых 24 часов с момента обращения к врачам, что обусловлено наличием распространенного гнойного поражения тканей. В структуре хирургических вмешательств у 296 больных (50,2%) преобладали операции, направленные на хирургическую обработку гнойно-воспалительного очага с формированием проточно-промывной дренирующей системы, позволяющей лучше заполнить промывным антисептическим раствором гнойные затеки и карманы.

Обязательным условием после оперативного лечения было - посев отделяемого из раны, для установления вида микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Результаты проведенного бактериологического исследования у традиционной и контрольной группы больных на 2-й день после операции показали, что в основном высеялись нижеследующие микроорганизмы: стафилококки у-58 (36,8%), кишечная палочка - (15,6%), синегнойная палочка - у (13,6%), энтерококк - у (6,4%), стрептококк - у 16(8%), протей - у (2,2%), грибки - у (2,4%), рост микробов в ассоциации наблюдал - у (15,6%), не было роста - (1,8%) больных.

На 4-6-е сутки после операции больные в подавляющем большинстве случаев находились в относительно удовлетворительном состоянии, отделяемое из раны прекращалось, у единичных больных оно было скудным. Цвет раны становился ярко-красным, консистенция сочной, отек и гиперемии вокруг раны, как правило, не было. Повязки, как обычно, не прилипались к ране, перевязки протекали болезненно.

Кроме того, одновременно проводили объективный осмотр больного и локального статуса, определяли показатели периферической и центральной гемодинамики, температура тела и другие общепринятые методы исследования. Особое внимание, как у больных в трех группах, уделяли внимание проводили детоксикационной терапии и форсированного диуреза. Интенсивность всех этих мероприятий зависел, в первую очередь, от тяжести течения гнойной инфекции.

На 2-ое сутки после операции у больных основной группы выделения из раны значительно уменьшились, хотя продолжали иметь гнойной характер. Цвет раны начинал меняться, приобретал бледно-розовый оттенок и большей частью, она покрывалась серым налетом. Отечность вокруг нее уменьшалась, появлялись характерные «морщины» кожи.

На 3-и сутки после операции отделяемое из раны становилось скудным, имело как правило, уже серозно-экссудативный характер. Цвет раны становился розовым, дно раны зачастую покрывалось фибринозным налетом. Бледная краснота у края раны была не более чем на 0,5см «морщинья» кожи вокруг раны увеличивались. Отек вокруг раны практически уже начинал исчезать.

На 4-5 сутки после операции, у подавляющего большинства больных, отделяемого из раны почти не было. Цвет кожи вокруг раны, приобретал ярко-красный оттенок. Рана, во многих местах покрывалась сочными грануляциями, в большинстве случаев, формировалась характерная краевая эпителизация. Кроме того характерным для больных основной группы являлось то, что при наложении марлевая повязка смоченного в растворе «БАД», больные не предъявляли жалобы на боли, жжение в области раны. Перевязки, как правило, проходили безболезненно. У больных этой группы, в процессе лечения на 2,3,4 и 6-е сутки после вскрытия гнойника, были изучены показатели лейкоцитов крови, лейкоцитарная формула и СОЭ в динамике выявлены существенные отличия от контрольной и традиционной группы больных, как показали наши исследования, уже на 3-й сутки после операции, происходило значительное снижение лейкоцитов (8-10, -12 тыс), замедленное СОЭ с 18,2 до 12,2 мм/час. На 5-й день эта динамика была уже более выраженной до  $5,2 \cdot 10^{-9}$  тыс снижено.

Таким образом, как показали проведенные исследования у больных традиционной и контрольной группы, при поступлении выявлялись выраженные клинические признаки воспалительного процесса, на что указывали показатели лабораторных методов исследования. В 2-е сутки после вскрытия гнойников. Бактериологический анализ отделяемого из ран показал, что концентрация микробной загрязненности не уменьшилась.

Это указывало, на необходимость более тщательной санации гнойного очага использования других антибиотиков с более широким спектром действия, а также пересмотра взглядов на местного лечение.

Хотя, в процессе лечение отмечалась медленная положительная динамика, видимые сдвиги в клинической симптоматике заболевания, были достигнуты лишь к 6-8 суткам с момента вскрытия очага. Продолжительность амбулаторного лечения больных у этих категория колебался от 2 до 9 дней, составляя (в среднем  $6,24 \pm 1,4$  суток). У этих же категории пациентов продолжительность амбулаторного лечения после выписки из стационара колебался от 5 до 10 дней, составляя (в среднем  $7,8 \pm 1,3$  суток).

Продолжительность стационарного лечения больных основной группы колебался от 2 до 8 дней, составляя (в среднем  $6,4 \pm 1,1$  суток). У этих же пациентов продолжительность амбулаторного лечение после выписки из стационара колебался от 2 до 6 дней, составляя (в среднем  $3,2 \pm 4,1$  суток). Таким образом общая продолжительность лечение стационарных больных в основной группе составила (в среднем  $8,2 \pm 1,8$  суток).

Остальные 308 пациентов после вскрытие гнойного очага и амбулаторное лечение, продолжительность которого колебался от 3 до 12 суток, составляя (в среднем  $6,43 \pm 3,1$  дней). Сравнительная оценка продолжительности лечение больных в различных группах показали, все преимущества применения нового биологического раствора «БАД»

Благодаря высокому местному антисептическому и стимулирующему эффекту этого раствора заживления гнойных ран, происходило более раннее сроки очищение ран, от фиброзных налетов и появление грануляций. Кроме того, течение заболевания основной группе характеризовалось более благоприятным течением, чем в контрольной и традиционной группе. Это позволило нам увеличить удельный вес больных находившихся на амбулаторном лечении, что наряду с благоприятным социальным фоном позволило достичь более высокой экономической эффективности.

Так, продолжительность лечение стационарного этапа больных находившихся в клинике снизилась почти в 1,8 раз с (6,0 до 10,2 суток), амбулаторной, этап после выписки в 3,0 (9,0 до 3,2 дней), а продолжительность лечения больных, которые были на амбулаторном наблюдении уменьшилась в 2,5 раза (с 18,2 до 8,2 суток). Исходя из этого, можно заключить, что клиническая эффективность предложенного способа местного лечения ран с раствором «БАД» оказалось намного выше и экономичнее, по сравнению с контрольным и традиционным группы. Медленно патогенитическая терапия при гнойно-воспалительных процессов у больных пожилого и старческого возраста заключалась в применении БАД (биологическая активная добавка) в состав которого входит следующие компоненты: эхинация, чеснок, пармелия, прополис, барбарис, карбоновая кислота и фитоантибиотики. В начале лечения проводилось внутривенное ведение препарата в суточной дозе 600мг. Переход на пероральный прием препарата проводился через двух дней с момента лечения. Длительность лечения препаратами БАД составляла 5-10 дней и одновременно орошением гнойных ран 2-3 раз в сутки. Кроме тою, использование нового биологического раствора «БАД» в комбинации у данного контингента больных, позволил нам существенно снизить расходы на дорогостоящие антибактериальные препараты и средства, время пребывания больного в стационаре (1,8 раз), что указывало на социально-экономическую значимость наших лечение. Кроме того, клинические применение раствора «БАД» показали безвредность ее применение, что имеет немаловажное значение в снижении риска для сенсibilизированных пациентов. При использовании этого препарата осложнении и побочных действия от проводимых лечебных мероприятий не наблюдалось. Нормализация общего состояния пациентов происходила более быстрыми темпами, чем при применении традиционных методов. Следовательно, выраженное антимикробное действие препарата «БАД» и высокая эффективность позволяют рекомендовать для широкого клинического применения.

#### **Выводы.**

1. Традиционно используемые антисептики, и протеолитические ферменты у больных при острой гнойной хирургической инфекции, независимо от применяемых способов после 5-часового пребывания в ране теряют ряд своих функции. Это препятствует адекватной санации раны, быстрому заживлению, что обуславливает неудовлетворительные результаты лечения.
2. Применение для местного лечения гнойных ран, нового биологического раствора «БАД» оказывает благоприятному течение раневого процесса: как противовоспалительное, обезболивающее, ускоряющих некролизиса, поддерживающих влажную среду в ране и активизирующие появление регенерацию тканей.
3. Лечение острого гнойного хирургического инфекция у больных пожилого и старческого возраста использованием клинической практике современного биологического раствора «БАД»,

способствует благоприятное действия раневого процесса, сокращает сроков очищению и заживления гнойных ран, а также уменьшает сравнению с контрольной и традиционной методикой, и экономическую затрату.

4. Использование в клинической практике раствора «БАД» способствует увеличению количество больных, находящихся на амбулаторном лечении от 30% до стационарного лечения. 56,4%, при этом сокращает койко - дня в 2-3 раза в стационарного лечения.

#### Литература

- 1.А.А Белозор, А.Е.Оганесян, В.С.Даненков, А.С. Даненков.Опыт работы центра амбулаторной хирургии с составе больницы скорой медицинской помощи. Журнал здравоохранение России, 2014,№8,ст 31-34.
2. Б.М.Доценко, Б.М. Костючок, И.М. Перцов.Опыт работы амбулаторной хирургии, 2016,№1 ст-136-141.
3. В.В Лебедев : «Постинъекционные флегмоны» хирургия, 2016 г., №2 ст 113-116.
4. Е.М.Джужильная –Лечение гнойных ран,флегмона, абсцессов, панариции и других гнойно воспалительных заболеваний хирургия,2012,№4,ст 12-15.
5. М.К.Надчереев -Хирургическая инфекция амбулаторных больных хирургия, 2018 г., №6, ст 56-58
6. Оболенский В.Н. Организация медицинской помощи больным с осложнениям сахарного диабета: Материалы Международного научно-практического конгресса «Сахарный диабет и хирургические инфекции». – М., 2018. – С. 114-115.
- 7.Светухин, А.М. Отдаленные результаты лечения больных с гнойно- некротическими формами синдрома диабетической стопы. Хирургия. – 2018. 07. – С. 8-10.
- 8.Т.И.Шраер, А.Н.Лечило, И.Н.Баженов Р.Н. Хирургия 2017, №7 ст-18-22.
9. Boucher, H.W. Epidemiology of methicillin-resistant Staphylococcus aureus.H.W. Boucher, G.R. Corey // Clin. Infect. Dis. – 2018. – Vol. 46(5). – P. 344- 349.

#### Түйін

**Тажимурадов Р.Т. <sup>1</sup>, Исабеков Н.А. <sup>2</sup>, Мамытхан Р.С. <sup>1</sup>, Пилалов Б.У. <sup>3</sup>, Рамазанов Ж.А. <sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, г.Шымкент, РК

<sup>2</sup>Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы, РК

<sup>3</sup>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, РК

#### **ҚАРТ ЖӘНЕ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ, ІРІНДІ-ҚАБЫНУ ҮРДІСІ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ҚОСПА (БАД) ЕРІТІНДІСІН ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ**

Егде және қарт жастағы өткір ірінді хирургиялық ауруы бар 564 науқастарға ота жасалғаннан кейін жараны емдеуге жаңа заманауи биологиялық ерітіндіні қолдану және клиникалық тәжірибеге енгізу қажеттігі көрсетілген. Бұл ғылыми жұмыста авторлар науқастарды 3-топқа бөліп, соның ішінен 308 науқасты емдеуде биологиялық активтік қоспасы бар (БАД) ерітіндіні қолданып, науқастардағы жараның тез күнде іріңнен тазаланып кететіндігі анықталған. Басқа препараттармен емделгендерге қарағанда, төсек күндерінің 2 есеге дейін кемуі, сонымен қатар экономиялық тұрғыда тиімділігі көрсетілген. Бұнан басқада науқастардағы бұл ерітіндінің қабынуға қарсы, ауырсынуды басу, іріңдерді ыдыратуда, жарадағы ылғалдықты сақтауда және жараның бітуінің тездетуіне қатысы бар екендігі анықталған.

**Кілт сөздер:** ірің, жарлар, инфекция, «БАҚ», жас.

### Summary

Tazhimuradov R.T.<sup>1</sup>, Isabekov N.A.<sup>2</sup>, Mamitkhan Rayimzhan Seyitkhanuli<sup>1</sup>, Pilalov Derkut Usenovich<sup>3</sup>,  
Ramazanov Zhakselek Akhmetovich<sup>3</sup>

<sup>1</sup>International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent, RK

<sup>2</sup>Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

<sup>3</sup>South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### THE USE OF MODERN ANTISEPTIC DRUG «BAA» IN THE TREATMENT OF PURULENT – INFLAMMATORY PROCESS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS.

In 564 elderly patients with acute purulent surgical elderly and senile, the need for the use and introduction into clinical practice of a new modern antiseptic solution for the treatment of the disease after surgery is indicated. This scientific work was divided into 3 groups and in the treatment of 308 patients, a dietary supplement «BAA» was added and we found out that these patients recover faster. And this method reduced the patients stay in the hospital by 2 times than treatment with other drugs. And also acts as an anti-inflammatory and analgesic agent and quickly regenerates damaged tissues. It is also advantageous in economic condition.

**Key words:** infection, wounds, pus, «BAA», age.

### Сведения об авторах:

**1.Тажимурадов Рысхан Тажимурадович** - м.ғ.д., Х.А.Яссауи атындағы ХҚТУ Шымкент медицина институты «Жоғары медициналық білімнен кейінгі білім беру», Хирургия және анестезиология-реанимация кафедрасының профессоры, *телефон:*87754035913, *электронды почта:* [tazhimuradov@yandex.ru](mailto:tazhimuradov@yandex.ru), *мекен-жайы:* Шымкент қаласы, квартал 193, дом 26/26, *факс:* 87253363849, *Почтовый адрес:* ул. Байтурсынова, 13. Индекс: 160021.

**2.Исабеков Нурлан Амангельдиевич**, д.м.н кафедрасы хирургии с курсом анестезиологии Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы, РК.

**3.Мамытхан Райымжан Сейтханұлы**, магистр медицинских наук, кафедрасы «травматология – ортопедия и онкологии» МКТУ имени Х.А.Ясауи, г.Шымкент, РК.

**4.Пилалов Беркут Усенович**, магистр медицинских наук, АО ЮКМА., г.Шымкент, РК.

**5.Рамазанов Жаксылык Ахметович**, магистр медицинских наук, АО ЮКМА, г.Шымкент, РК.

ОӘЖ: 616.1(574)

Алдешев А.А.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

## ҚАН АЙНАЛЫМЫ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРГЕ ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ ІРІКТЕУДІҢ РӨЛІ

### Түйін

2019-2020 жылдарға арналған Маңғыстау облысы облыстық статистикасына сәйкес қан айналымы жүйесі аурулары ресми деректерін ретроспективті талдауында жалпы сырқаттанушылық 19,9% өскендігі байқалады, сонымен бірге республика деңгейі бөтенде жүрек қантамыр ауруларының төмендеуі 26% дан 14%- ге дейін, ал жүрек ишемиялық және артериальдық гипертензия көрсеткіштері тиісінше 14% тен 19,9%- ға және 49,5% - тен 50,5% -ке жоғарылаған. Жіті миокард инфарктісі сырқаттанушылығы республика бойынша 100000 адамға шаққанда 112,88 – 103,07 құрған (9,5% -ға төмендеген). Ал Маңғыстау өлкесіндегі үлесі өзгеріс таппаған (92,62 - 92,39). Алғашқы медициналық тексеру деңгейлері дәрігерлерінің мәліметтерінде кардиохирургиялық емдеудің жекелеген түрлеріне іріктеу барысында мұқтаждық 36,4% пациенттерде орын алды, оның ішінде жүрек ишемиялық сырқаттары 46,8% - ды құрап, жедел емдеу қажеттілігінен 1,2 есе асып түсті. Оларға, осы жылдары тиісінше 1550 және 1034 операция, ал ең күрделі жағдайларда жүрекке ашық түрде 95 және 78 операция жасалған. Нәтижесінде жүрекке ашық операциядан кейінгі өлім-жітім 2019 жылы 3,4%, 2020 жылы - 1,26% құрады, яғни екі еседен аса төмендегенін көрсетті, бұл тиімділігін куәландырады.

**Кілт сөздер:** жүрек қанайналым аурулары, жүрек ишемиялық сырқаттары, кардиохирургия, жоғарғы технологиялық медициналық көмек

**Кіріспе.** Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы сарапшыларының деректері бойынша жыл сайын әлемде қан айналымы жүйесі ауруларынан (ҚЖА) шамамен 17 млн адам қайтыс болады, бұл барлық өлімнің 30% - ын құрайды, оның ішінде 7,2 млн адам жүректің ишемиялық ауруынан (ЖИА) өлім құшады екен [1]. Зерттеушілердің пікірінше, ЖИА- нан болатын өлім-жітім 1990 жылдан 2020 жылға дейін 2 есе өседі, ал, 2050 жылға қарай қазіргі тенденцияларға қарай отырып, ҚЖА ауруы пандемия сипатына ие болуы мүмкін [1,2]. Халықтың ҚЖА-дан өлім-жітімінің деңгейі көбінесе медициналық көмек көрсетудің сапасы мен қолжетімділігіне байланысты болып келеді.

Қазақстанда ҚЖА-дан болатын өлім-жітім 2020 жылғы ҚР ДСМ деректері бойынша өлімнің барлық құрылымының 39,1% - ын, ал Маңғыстау облысы бойынша 36,1% - ды құрайды.[3] Еуропа өңірінің бірқатар елдерінің ҚЖА салдарынан халық өлімінің стандартталған көрсеткішімен салыстырғанда Республика деңгейінде бұл көрсеткіш 1.5-тен 3 есеге дейін асады [4]. Мемлекеттің негізгі бағыттары азаматтардың денсаулығын нығайту және денсаулық сақтау жүйесінің пациентке бағдарлануын арттыру болып табылады. Осыған сәйкес, 2011-2015 жылдарға арналған ("Саламатты Қазақстан", "Денсаулық" 2016-2019 жж.) мемлекеттік бағдарламалары кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамытуға үлкен әсерін тигізді, яғни кардиохирургиялық көмектің қарқынды дамуына ықпал етті [5,6]. Іс-шараларды іске асырудың басталуымен ҚЖА-дан болатын өлім-жітімнің біртіндеп төмендеуі болды [7]. Мәселен, егер 2009 жылы ҚЖА-дан болатын өлім-жітім 100 мың тұрғынға шаққанда 416,4-ті құраса, 2020 жылы бұл көрсеткіш 2 еседен астамға төмендеп, 100 мың тұрғынға шаққанда 174,2-ді құрады [3,7]. Денсаулық сақтау саласын дамытуда, жоғары технологиялар трансферті, диагностика мен емдеудің заманауи хаттамаларын енгізу, кадрларды оқыту арқылы ел өңірлерінің әлеуетін күшейтуге маңызды рөл бөлінді. Бұнымен қатар денсаулық сақтау жүйесінің барлық қызмет түрлері интеграцияланған мандандырылған медициналық көмекті дамыту яғни ұсынылатын медициналық көмекті аймақтандыру қағидатына сәйкес денсаулық сақтау жүйесі барлық деңгейлерінде технологиялық күрделілігіне байланысты сапасын және сабақтастығын, толықтылық көлемін, қамтамасыз ету көзделген. Бұл бағыт, қан айналымы жүйесі аурулары дамуының алдын алу, озық технологиялы тәсілдермен ерте диагностикалауды қамтитын кешенді жүйе құру, сондай - ақ өлім-жітімді және мүгедектікті азайту мәселелерін бірден бір шешуші роль атқаратын жоғары технологиялық медициналық көмектің (ЖТМК) қолжетімділігін қамтамасыз етуде, оларға іріктеу үдерісі өзекті мәселе болып калуға [8].

**Жұмыстың мақсаты.** Қан айналымы жүйесі сырқатты ауруларды кардиохирургиялық жоғары технологиялы медициналық көмек көрсетуге іріктеу мен жолдау жүйесін зерделеу және оның тиімділігі анықтау.

**Зерттеу материалдар мен әдістері.** Ақпарат көздері облыстық медициналық ақпараттық-талдау орталығының, 2019-2020 жылдарға арналған Маңғыстау облысы бойынша облыстық статистика қызметінің ресми деректерін ретроспективті талдауы жүргізілді.

Аймақта медициналық көмектің күрделілігіне сәйкес ҚЖА-мен ауыратын науқастарды бағыттаудың үш деңгейлі жүйесі айқындалды. Осы мақсатта аймақтық деңгейде Маңғыстау облысының медициналық ұйымдары халыққа медициналық көмек деңгейлеріне сәйкес бірінші, екінші және үшінші деңгейлері бойынша бөлінді. Медициналық көмек деңгейі мен медициналық ұйымдарды біріктіруде, халықтың қоныстану сипаты, пациенттердің басым трафик ағындары, көлік инфрақұрылымы, дайындалған мамандардың болуы және қажетті диагностикалық базаның болуы ескерілген.

Бірінші деңгейдегі мекемелерге аудандық аурухана бөлімшелері, емханалары және Ақтау қаласы мен облыстық алғашқы көмек медициналық ұйымдары жатады, онда алғашқы медициналық-санитариялық көмек шеңберінде пациенттерде жүрек-қан тамырлары ауруларының клиникалық белгілері анықталады, олардың функционалдық бұзылу дәрежесі белгіленеді және екінші деңгейге жіберу туралы шешім қабылданады.

Екінші деңгейдегі мекемелер аудандық медициналық мекемелермен диагностикалық бөлімдермен қамтылған, онда жіті коронарлық синдром, жүрек ырғағының бұзылуы, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі анықталған кезде үшінші деңгейде қосымша тексеру және емдеу қажеттілігі туралы шешім қабылданады және пациенттерді ЖТММ көрсетуге дайындайды.

Үшінші деңгейдегі мекемелер Облыстық аурухана және Софимед клиникасы ұсынылған, онда қан айналымы жүйесі аурулары бар пациенттерге тәулік бойы консультациялық және емдеу-диагностикалық көмек көрсетеді, жүрек-тамыр хирургиясы ҚЖА бейіні бойынша науқастарды іріктеуді және даярлауды жүргізеді. Тексеруден кейін қажетті құжаттар пакеті ЖТМК көрсету туралы мәселені шешу және емдеуге жатқызу күнін анықтау үшін пациенттерді іріктеу жөніндегі комиссияға жіберіледі.

**Зерттеу нәтижелері және оны талдау.** 2019-2020 жылдардағы Маңғыстау өлкесінің ересек тұрғындарының ҚАЖ салдарынан болатын соңғы екі жылда жалпы сырқаттанушылық 19,9% өскендігі байқалады, бұл негізінен COVID - 19 байланысты эпидемиялық ахуалдар әсерлерімен түсіндіруге болады. Дегенмен орташа абсолюттік көрсеткіштері республикалық көрсеткіштерден төмен болып қалғанымен өсім көлемі, республикалық өсім (5,9%) деңгейінен салыстырмалы түрде 4 есеге жуық жоғарылаған. Сонымен бірге республика бойынша бөтенде ЖҚА –ның төмендеуі 26% дан 14%- ге дейін, ал ЖИС және АГ көрсеткіштері тиісінше 14% тен 19,9%- ға және 49,5% –тен 50,5% -ке жоғарылаған.

Нозологиялық топтар ішінде жіті миокард инфарктісі (ЖМИ) сырқаттанушылығы республика бойынша 100000 адамға шаққанда 112,88 – 103,07 құраған, яғни 9,5% -ға төмендеген. Ал Маңғыстау өлкесіндегі ЖМИ үлесі өзгеріс таппаған (92,62 -92,39). (Кесте №1).

Кесте № 1 - Қанайналым жүйесі бойынша жалпы сырқаттанушылық көрсеткіштері (100 мың ересек адамдарға шаққанда)

	Республика деңгейінде		Маңғыстау өлкесінде	
	2019	2020	2019	2020
Жалпы сырқаттанушылық	3003,44	3181,3	2224,0	2666,78
Жіті миокард инфаркті	112,88	92,62	103,07	92,39

ЖҚА-мен ауыратын науқастар популяциясындағы модификацияланған қауіп факторларының жоғары таралуы амбулаториялық - емханалық кезеңде оларды уақтылы анықтау мен тиісті бақылау бойынша ұйымдастырушылық және әдістемелік шаралардың маңыздылығын анықтайды. Медициналық көмек барлық деңгейлерінде жүрек-қан тамырлары жүйесіне байланысты алғашқы шағымдарымен (42%) және диспансерлік тексеруден кейін (22%) еңбекке қабілетті жастағы науқастар жиі жүгінгені. Зейнеткерлер еңбекке қабілетті адамдарға қарағанда жиі ЖҚА ағымының нашарлауы себепті жүгінген. Зейнет жасындағы әйелдер сол жас тобындағы еркектерге қарағанда ЖҚА ағымының нашарлауы (19,1%), себепті жиі жүгінген. Зейнеткерлік жастағы ер адамдар диспансерлік тексеруге әйелдерге қарағанда едәуір жиі (19%) қаралуға барған. Жүрек қантамырлық

сырқатты науқастарға диагностикалық зерттеулердің жекелеген түрлерін бағалауда қажеттілік 22,3% - дан 44,3% - ға дейін құрады. Медицина көмек деңгейлерінде тексеру жүргізген дәрігерлердің мәліметтері бойынша пациенттердің көпшілігі коронарографияға мұқтаж 41,9% болды, атап кететін жай коронарография қажеттілігі ер адамдарда 49,6%, ал, әйелдерде 36,1% туындалды.

Холтер мониторингке қажеттілік ерлерде 20,5%, әйелдерде 16,9% анықталды. Велоэргометрия қажеттілігі 36,3% құрады әрі ер адамдарда көбірек болды.

Алғашқы медициналық санитарлық көмек дәрігерлері мәліметтері нәтижелері бойынша ЖҚА-мен ауыратын науқастарда кардиохирургиялық емдеудің жекелеген түрлеріне іріктеуде 36,4% мұқтаждық орын алды. Ал ЖИС науқастарында кардиохирургиялық емдеудің жекелеген түрлеріне мұқтаждық 46,8% - ды құрады және ЖҚС науқастарының тобында жедел емдеу қажеттілігінен 1,2 есе асып түсті, бұлар кардиохирургиялық зерттеулермен нақтыланып үшінші деңгейіне жолдама алды.

Кардиохирургия бөлімшесіне түскен пациенттерінің көпшілігін (94%) жергілікті тұрғындар құрады. 2019 жылы 1089 пациент жүрек-қан тамыр хирургиясы бейіні бойынша мамандандырылған, және жоғары технологиялық медициналық көмек алды. 2020 жылы бұл сан 765 құрады, мұндай азаюдың негізгі себебі COVID-19 эпидемиологиялық ахуалдарға байланыстылығымен түсіндіруге болады.

Медициналық көмек беру мекемелері деңгейлері бойынша кардиохирургиялық диагностика мен емдеудің әдістері айқындалған. Бірінші және екінші, үшінші деңгейлер клиникаларына пациенттерді тексеруге және емдеуге жіберу және іріктеу тетіктері әрдайым сақтала бермейді. Оған дәлел, пациенттердің 40,4% бірінші және екінші деңгейдегі медициналық ұйымдардың жолдамасы бойынша Маңғыстау облыстық аурухана, кардиохирургия бөлімшесіне, 10,1% - үшінші деңгейдегі мекемелерден, 4,5% - жедел жәрдем станциясымен жеткізілетіндігі анықталды. Халықтың мамандандырылған және ЖТМК қолжетімділігін қамтамасыз етуде Маңғыстау облыстық аурухананың, СофиМед клиникасы қызметкерлерінің көшпелі консультативтік жұмысының маңыздылығын атап өткен жөн. Кардиохирургияда емделген пациенттердің 45%-ы осы дәрігерлерімен тексеріліп, емдеуге жатқызуға жіберілді.

2019-2020 жылдары жүрек және қан тамырлары патологиясы бар науқастарға тиісінше 1550 және 1034 операция жасалған. Ең күрделі жағдайларда 2019 жылы жүрекке ашық түрде 95, ал 2020 жылы 78 операция жасалған. Атап кететін жай, кардиохирургиялық жоғарғы технологиялық операциялар ішінде интервенциялық және тері арқылы әрекеттер әдістері жоғары болды, олар негізінен нозологиялық нысандар құрылымында жүректің ишемиялық аурулары (51%), жүрек ырғағының бұзылуы тағы басқа түрлері құрады.

Аталған жылдары операциялардың жалпы санының төмендеу үрдісі эпидемиологиялық ахуалға байланыстылығын көрсетті. Сонымен бірге, туа біткен жүрек ақауларды түзету операцияларының екі есеге дерлік азайуы, 18 - ден 8 дейін, (22,7% -дан 12,7%-ға), бірақта ЖИА-дағы түзету бойынша операциялар көп өзгеріске ұшырамады.

2019-2020 жылдары жалпы кардиохирургиялық іс - әрекеттері саны көлемінің, жүрекке ашық түрде орындалған операциялар үлесі тиісінше 5,1% және 6,1% ын құрады, оның ішінде (77) 97,4% - (62) -98,4%- ы жасанды қанайналым әдісін қолдану арқылы жүргізілді.

Жүрекке ашық операциядан кейінгі өлім-жітім 2019 жылы 3,4% құраса 2020 жылы - 1,26% құрады, яғни екі еседен аса көмендеді..

**Тұжырымдар.** 1. Маңғыстау облысында жүрек қан тамыр ауруы бар пациенттер ортасында жоғарғы технологиялық медициналық көмекке мұқтаж науқастарды іріктеу және жолдау жүйесін талдау нәтижелері жалпы өз тиімділігін көрсетті, өлім деңгейі екі еседен аса төмендеді.

2. Анықталған проблемалар әртүрлі ұйымдық-құқықтық нысандар мен ведомстволық басқаруларындағы басқада мекемелер арасындағы сабақтастықты сақтау тұрғысынан тиімді тетіктерді одан әрі пысықтаудың орындылығын көрсетеді.

#### Әдебиеттер

1. Сердечно-сосудистые заболевания, крупная эпидемия XXI века Пресс–релиз, 2013 <http://www.medlinks.ru/article>
2. Долгалева И. В. Динамика и прогностическая значимость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний//<http://www.dissercat.com/content/dinamika-i-prognosticheskaya-znachimost-faktorov-riska-serdechno-sosudistykh-zabolevanii-sem#ixzz4XEuDhQSP>
3. 2020 жылдың қорытындысы бойынша жіті миокард инфарктісі кезінде медициналық көмек көрсету. Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталық. // Нұр-Сұлтан. 2020 ж.
4. Стандартизация показателей заболеваемости и смертности как основа для корректного сравнения разных регионов /К. К. Давлетов, С. Ф. Беркинбаев, Б. Б. Амиров и др. //Медицина. – 2015. – №6. – С. 2-5



5. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығы (02.07.2014 ж. жағдай бойынша өзгерістермен және толықтырулармен)
6. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2018 жылғы 15 қазандағы № 634 қаулысы.
7. Достижения и проблемы кардиологической службы Алматинской области /Р. Т. Султанбеков, А. Х. Исабекова, А. Т. Мусағалиева //Терапевт. вестн. – 2012. – №1. – С. 7
8. Стратегия развития здравоохранения Казахстана до 2020 года. - Астана: 2008.

#### Резюме

Алдешев А.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия, город Шымкент, Республика Казахстан

### РОЛЬ ОТБОРА НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

В ретроспективном анализе официальных данных областной службы статистики Мангистауской области за 2019-2020 годы отмечается рост общей заболеваемости на 19,9%, в то же время по республике наблюдается снижение других видов сердечно - сосудистых заболеваний с 26% до 14%, а показатели ишемической и артериальной гипертензии сердца увеличились с 14% до 19,9% и с 49,5% до 50,5% соответственно. Заболеваемость острым инфарктом миокарда по республике составила 112,88 – 103,07 на 100000 населения (снижение на 9,5%). А доля в Мангистауском крае не претерпела изменений (92,62 - 92,39). По данным врачей уровней первичного медицинского осмотра, при отборе на отдельные виды кардиохирургического лечения потребность имела место у 36,4% пациентов, в том числе ишемическая болезнь сердца составила 46,8%, превысив потребность в оперативном лечении в 1,2 раза. Им в эти годы было проведено 1550 и 1034 операции соответственно, а в самых сложных случаях - 95 и 78 операций на открытом сердце. В результате смертность после открытой операции на сердце в 2019 году составила 3,4% , в 2020 году - 1,26%, то есть снизилась более чем в два раза, что свидетельствует о эффективности.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, ишемические заболевания сердца, кардиохирургия, высокотехнологичная медицинская помощь

#### Summary

Алдешев А.А.

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### THE ROLE OF SELECTION IN PROVIDING HIGH-TECH SURGICAL CARE TO PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM

In a retrospective analysis of official data of the regional statistics service of the Mangystau region for 2019-2020, there is an increase in the overall incidence of 19.9%, while in the republic there is a decrease in other types of cardiovascular diseases from 26% to 14%, and the indicators of ischemic and arterial hypertension of the heart, increased from 14% to 19.9% and from 49.5% to 50.5%, respectively. The incidence of acute myocardial infarction in the republic was 112.88-103.07 per 100,000 population ( a decrease of 9.5%). The share in the Mangystau region has not changed (92.62 - 92.39). According to the data of doctors at the primary medical examination levels, when selecting for certain types of cardiac surgery, the need occurred in 36.4% of patients, including coronary heart disease that showed 46.8%, exceeding the need for surgical treatment by 1.2 times. During these years, they performed 1,550 and 1,034 operations, respectively, and in the most difficult cases-95 and 78 open-heart operations. As a result, the mortality rate after open heart surgery in 2019 was 3.4% , in 2020-1.26%, that is, it decreased by more than two times, which svidelstaut efficiency.

**Key words:** cardiovascular diseases, ischemic heart diseases, cardiac surgery, high-tech medical care

#### Сведения об авторе:

Алдешев А.А., магистрант Южно-Казахстанской медицинской академии, г.Шымкент, Республика Казахстан

МРНТИ 76.29.53:76.29.52

**Коломиец В.М., Павленко Е.П.,**  
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Курск, РФ

## **ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СТРАНАХ СНГ**

### **Резюме**

При стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в странах СНГ эффективность терапии повышается крайне медленно и с целью ее интенсификации перспективным является учет психосоматического состояния больного. Проведен анализ программ психологического сопровождения клинической реабилитации больных туберкулезом в странах СНГ, за основу взяты результаты наблюдения 150 больных различными формами туберкулеза. В лечении рекомендовано применять интенсивное индивидуальное интегрированное воздействие психолога и фтизиатра с учетом личности больного, психотропные средства и рациональную психотерапию. При психокоррекции для повышения эффективности лечения особое значение имеет учет преморбидных особенностей личности, социальной фрустрированности, психических реакций и состояний больных.

**Ключевые слова:** туберкулез, психологическое сопровождение, эффективность лечения.

**Актуальность.** При достигнутой стабилизации эпидемической ситуации эффективность стандартизированной этиотропной терапии туберкулеза в странах СНГ, как основного противоэпидемического мероприятия, несмотря на внедрение новых режимов и препаратов в течение последних лет повышается крайне медленно. С целью ее интенсификации перспективным является учет психосоматических взаимосвязей у конкретного больного, что в настоящее время при патологии человека, в том числе и заболевании туберкулезом, не вызывают сомнений [3,9]. При лечении туберкулеза легких вовлечение в терапию личности больного, интенсивное индивидуальное врачебное ведение, применение психотропных средств и рациональная психотерапия вызывает улучшение общего состояния, сокращение сроков лечения, иногда даже наступает спонтанное закрытие полостей распада, требующих хирургического вмешательства. Учитывая введение стандартных режимов химиотерапии, влияние резервных противотуберкулезных препаратов на эмоциональное состояние пациентов и их нервную систему, исследование преморбидных особенностей личности, социальной фрустрированности, психических реакций и состояний у больных различными формами туберкулеза легких с целью последующей психокоррекции для повышения эффективности лечения имеет особое значение [7,4,5].

**Цель исследования.** Анализ эффективности программ психологического сопровождения клинической реабилитации (ПСКР) больного туберкулезом для последующего внедрения в странах СНГ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ внедряемых программ в России и данных отдельных исследований других стран СНГ по опубликованным в рецензируемых изданиях материалах. Обследовано 150 больных, преимущественно с инфильтративным (41,02%) и фиброзно-кавернозным (23,44%) формами туберкулеза легких, бактериовыделение определяли в 80% случаев, в том числе у 12%) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ МБТ), фаза распада диагностирована у 72% больных.

Для оценки психического состояния и личностных особенностей применялось комплексное клинико-психодиагностическое исследование совместно с психиатром в соответствии с принятыми стандартами (нормами), специально разработанное структурированное интервью и различные психологические тесты, включая личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ).

**Результаты и обсуждения.** Сейчас проблеме психокоррекции в системе реабилитации больных туберкулезом стали уделять внимание, предлагается внедрить ПСКР основного курса лечения. С этой целью уже в программы подготовки по специальности «фтизиатрия» в России согласно нового федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) в виды их профессиональной деятельности, наряду с профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной, включена и психолого-педагогическая деятельность. Она включает требования знать и уметь владеть профессиональными компетенциями по повышению приверженности больного к лечению (ПЛБ) и использованию социально-психологических методов медицинской реабилитации

больных туберкулезом (ПК-9.5, ПК-3.3). Эти же требования ФГОС учтены в профессиональном стандарте (трудовые функции 3.1.2-3.1.3 и 3.2.1-3.2.2), где опять предусмотрено владение ПК методами оценки ПЛБ и умения использовать физические, социально-психологические методы медицинской реабилитации.

Таким образом, тактику ПСКР больного туберкулезом как на амбулаторном, так и стационарном этапе диагностики у него заболевания и дальнейшей реабилитации (в процессе лечения и наблюдения) врач-фтизиатр обязан знать. В штатной структуре противотуберкулезных учреждений введены должности психологов, но функции их не конкретизированы, а методически не то что мало, а почти не обоснованы.

К сожалению, практически мало используются варианты построения интегрированной работы, представленные еще более десяти лет в пособии для врачей [1]. В нем, в частности, в качестве психологической помощи рассматривается психологическая диагностика для распознавания психосоциального портрета личности больных, которые могут досрочно прекратить курс химиотерапии. Авторы для упрощения выявления пациентов с высоким риском снижения ПЛБ рекомендовали уже в первые дни лечения провести психологическое тестирование (анкетирование) силами сотрудников противотуберкулезных учреждений (фтизиатром, медицинской сестрой, социальным работником, или психологом - при наличии его в штатном расписании). С учетом полученных результатов врач-фтизиатр назначает консультацию психолога для выбора стратегии и методов профессионального психотерапевтического воздействия. Последние достаточно разнообразны - индивидуальные беседы, психологические групповые тренинги, гештальт-терапия, позитивная психотерапия, аутотренинги, музыкальная или цветовая терапия, трудотерапия и многие другие.

Однако, в большинстве выполненных исследований основное внимание уделялось социальным особенностям личности больного и обусловленными ими мероприятиями (материальная помощь при стимулировании ПЛБ, углубление связей с социумом, юридическая помощь и другие) [2,99].

Приходится констатировать, что до сих пор так и не определены наиболее оптимальные тесты для психологической диагностики, что же касается методов психотерапевтического воздействия для снижения факторов риска ПЛБ, то этим занимаются исключительно психологи (там, где они есть) и строго индивидуально. В целом же основная задача, которая ставится перед психологом – диагностика особенностей личности и состояния пациента с целью выявления психологических факторов, которые могут привести к снижению ПЛБ. В числе таких факторов фтизиатры выделяют: отрицание больным у себя заболевания и как следствие - низкую мотивацию (иногда препятствие) лечению; длительность лечения, которое пугает пациентов и приводит к его преждевременному прерыванию; страх перед терапией, которая вследствие токсичности препаратов нанести его организму более сильный урон, чем от самого заболевания; отрицательное влияние неэффективности лечения у других пациентов, особенно с хроническим течением туберкулеза; побочные эффекты (непереносимые), возникающие на первых месяцах лечения; недостаточное осознание социальной опасности заболевания; наличие общераспространённого мнения о неизлечимости туберкулеза; недооценка эффективности стационарного лечения; негативное отношение социума к заболеванию, сопровождаемое большим количеством мифов и предрассудков, и часто низкая санитарная культура населения.

Все указанные факторы риска снижения ПЛБ вряд ли возможно нейтрализовать мерами административного воздействия и совершенно очевидно, что здесь необходимы интегрированные действия лечащего врача и психолога. К тому же нарушения психосоматического характера при туберкулезе давно известны и стараются учитываться фтизиатрами [3,10]. К сожалению, в век всемогущей веры в медикаментозную терапию, когда врач не лечит, а оказывает (а точнее продает услуги) психосоматические особенности больного стали мало интересовать врача, а иногда и просто игнорируются.

При разработке программы ПСКР за основу были взяты результаты обследования отобранных рандомизированным (случайная выборка) способом после получения информированного согласия 150 больных. В порядке исключения выделены больные, страдающие хроническим алкоголизмом и диагностированными психическими заболеваниями, т.к., проблема сочетания туберкулеза легких и этих патологий известна достаточно давно и является самостоятельной.

Несмотря на общепринятое мнение о социальной дезадаптивности больных туберкулезом, уровень социальной фрустрированности (УСФ) оказался достаточно невысоким - у 74,2% очень низкий, у 14,5% - пониженный и неопределённый и лишь у 1,6% - высокий. В то же время личностная тревожность, отражающая предрасположенность индивида к эмоционально отрицательным реакциям на различные жизненные ситуации, несущие в себе угрозу для своего «Я»

(самооценки, уровня притязаний, отношения к себе и т.п.), у 64,2% больных определялась на среднем, у 24,5% - высоком и лишь у 11,3% - на низком уровне. Ситуационная же тревожность у больных с рецидивом и впервые выявленных была еще на порядок выше личностной: высокая – у 37%, средняя – у 58%, низкая – у 5%.

При определении особенностей личности больных условно все они разделились на 3 группы. Первая – гипертимы (39,7%), активные, деятельные, предприимчивые, отличающиеся оптимистическими взглядами на мир. Вторая – циклотимы (36,8%), склонные к частым сменам настроения, к субдепрессиям и гипоманиям. Однако для всех их были общие выраженные черты личности, такие как эмоциональная лабильность, демонстративность, склонность к истерическим реакциям, экзальтированность, педантичность, повышенная потребность в симпатии к себе. К третьей группе – застревающие - ригидные (23,5%), отнесены фиксирующиеся на негативных переживаниях, проблемах, эмоционально неуравновешенные, с чертами циклотимии, раздражительности, педантичности.

Различными были и типы отношения к болезни - неврастенический характер с чертами обсессивно-фобичности и тревожности выявлен в 27,4% наблюдаемых.. Поведение этих пациентов было по типу «раздражительной слабости». Отмечались вспышки раздражения, нетерпеливость, беспокойство и несдержанность, в последующем – раскаянье, угнетённое настроение. Присущая им тревожная мнительность, прежде всего, касалась опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

У другой группы пациентов (25,8%) выявлен эйфоричный тип с чертами анозогнозичности и эргопатичности. У таких больных отмечалось необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, легкость нарушений режима, «уход от болезни в работу».

Следующую группу (33,9%) составили больные сенситивного типа с тревожными и эргопатическими чертами. Ведущими особенностями их психологического статуса являются: чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, постоянное беспокойство и тревожность, опасения, что окружающие станут избегать их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, распускать сплетни. Они стремятся, во что бы то ни стало, продолжать работать.

У последней определившейся группы респондентов (12,9%) диагностирован паранойальный тип отношений. Этим больным присущи уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Из всех обследованных в этой группе апатический, меланхолический и ипохондрический типы не наблюдались.

У пациентов с хроническим туберкулезным процессом тип отношений, сложившийся под влиянием заболевания к самой болезни, к ее лечению, окружению, к своим витальным функциям (самочувствию, сну, аппетиту, настроению), преимущественно отличается от других контингентов больных в связи с длительным пребыванием в стационарах, общей астенизацией, инвалидизацией, длительным отсутствием положительной динамики в лечении, высоким уровнем социальной фрустрированности. У значительной части из них (83,3%) преобладают апатический, ипохондрический и эгоцентрический типы реакции на болезнь. Им присущи удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в эффект лечения, пессимистический взгляд на все вокруг, сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, «уход в болезнь», требование повышенного внимания к себе.

Клинико-психологические особенности у больных туберкулезом легких с МЛУ МБТ такие же, как и у респондентов с сохраненной чувствительностью МБТ соответствующих контингентов и форм заболевания, если дополнительно не проявляются побочные действия резервных противотуберкулезных химиопрепаратов, требующих их отмены или соответствующей психофармакотерапии. Это происходит, видимо, в силу недостаточного понимания пациентами с МЛУ МБТ всей сложности вопроса лечения заболевания с резистентными формами возбудителя и еще сохранившегося доверия к медицине.

Выявленные психопатологические особенности больных туберкулезом легких существенно осложняют контакты с ними и отрицательно сказываются на лечении, затрудняют формирование установок на выздоровление. Эти особенности и были учтены при разработке программы психологического сопровождения клинической реабилитации.

Программа ПСКР реализуется в течение основного курса лечения и включает в себя как индивидуальное консультирование и сопровождение пациента на протяжении всего срока лечения,

так и групповые занятия. Состав группы 6-10 человек, без возрастного ограничения. Группы формируются по следующим критериям: впервые выявленные с разными сроками пребывания в стационаре; больные с хроническим течением или рецидивом заболевания; больные с неотягощенным анамнезом (психические отклонения и без наркологического диагноза/статуса); больные с отягощенным анамнезом или совпадением по психологическому профилю.

Реализация индивидуальной программы ПСКР включает несколько этапов: индивидуальное консультирование психолога при первичном клиническом обследовании; обоснование диагноза и согласование необходимости ПСКР с лечащим врачом; нейтрализация фобий и тревог; повышение мотивации \*приверженности) к лечению; работа с навыками социальной адаптации, востребованными при завершении лечения; психологическое сопровождение при коморбидной патологии.

Основные предполагаемые темы для консультаций разрабатываются с учетом психопатологических особенностей больного, возможна работа с его личными запросами и пожеланиями, такой план консультаций разрабатывается отдельно.

При программе ПСКР в формате «Групповое консультирование» основной целью является создание психологически благоприятного климата в палате/группе, для получения поддержки и возможности поделиться опытом лечения и возможными допускаемыми ошибками актуальными для впервые выявленных пациентов. В этом формате используются методические приемы работы: эмпатическое слушание; разбор проблемных ситуаций; составление коллажей/схем: Арт-терапия;

Важнейшим разделом при реализации как индивидуальной, так и групповой программы ПСКР является определение психоэмоционального статуса пациента и его приверженности лечению. В рекомендуемой программе ПСКР используются различные методы исследования как организационные (прежде всего сравнительный метод, заключающийся в сопоставлении различных объектов или сторон одного объекта изучения), так и эмпирические. К последним относятся вербально-коммуникативные (для определения экспериментальной выборки используется клиническое интервью), психодиагностические (используются методы психологической диагностики) и обработка данных на заключительном этапе.

Из психологических методик достаточно информативными оказались:

1. Сокращенный цветовой тест Люшера – данный тест основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

2. Вопросник на выявление доминирующего инстинкта (типа) - определение ведущих инстинктов, лежащих в основе типологии индивидуальности.

3. Опросник «уровень комплаентности» - тест ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая в свою очередь представлена тремя составляющими: социальная комплаентность - стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение; эмоциональная комплаентность - склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью; поведенческая комплаентность - стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие [6].

4. Методика ТОБОЛ – предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни [11].

5. Опросник А.И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни – опросник позволяет выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных.

6. Определение приверженности больных лечению (методика по патенту) [8].

**Выводы.** С целью повышения эффективности клинической реабилитации путем психологического сопровождения лечения больного туберкулезом для повышения его приверженности лечению показана дальнейшая разработка программ интегрированного воздействия фтизиатра и психолога. Необходимо включение методов психосоматической коррекции в клинические рекомендации лечения больного туберкулезом.

#### Литература

1. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии. //Пособие для врачей, Москва, 2006- 48 с.
2. Богородская, Е. М. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях / Е.М. Богородская, С. В. Смердин, С. А. Стерликов. – М., 2011. – 215 с.

3. Бройтигам В., Кристиан П., Рид М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн./Пер с нем. Г.А.Обухова, А.В.Бруенка; Предисл. В.Г.Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
4. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1989.
5. Викторов И.Т. Туберкулез и психика. Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине: Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева. Л., 1963; 29: 345–57.
6. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
7. Коломиец В.М., Морозова Н.Н. Туберкулёз и социально значимые заболевания. 2019. №1. С. 79-80
8. Патент на изобретение России RU № 2611398 «Способ повышения эффективности лечения больных туберкулёзом» 21.02.2017. / Patent for the invention of Russia RU № 2611398
9. Реабилитация во фтизиатрии: комплементарность медицинских, социальных и психологических факторов: Монография / С.А. Юдин, О.Н. Барканова, А.С. Борзенко, В.В. Деларю. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017. - 301 с.
10. Сухова Е.В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулёза и болезней легких. – 2004. - № 10. – С.34-36.
11. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева «Психологическая диагностика отношения к болезни», 2005г. – 33с.

#### Түйін

**Коломиец В. М., Е. П. Павленко,**

Курск мемлекеттік медицина университеті

Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау министрлігі, Курск қаласы, Ресей Федерация

#### **ТМД ЕЛДЕРІНДЕ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТЫ КЛИНИКАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫ**

ТМД елдерінде туберкулез бойынша эпидемиялық жағдай тұрақтанған кезде емнің тиімділігі өте баяу артады және оны қарқындалу мақсатында науқастың психосоматикалық жай-күйін есепке алу перспективалы болып табылады.

ТМД елдерінде туберкулезбен ауыратын науқастарды клиникалық оңалтуды психологиялық қолдау бағдарламаларына талдау жүргізілді, туберкулездің әртүрлі нысандарымен ауыратын 150 науқасты бақылау нәтижелері негізге алынды. Емдеуде науқастың жеке басын, психотроптық препараттарды және рационалды психотерапияны ескере отырып, психолог пен фтизиатрдың қарқынды жеке интеграцияланған әсерін қолдану ұсынылады.

Емдеудің тиімділігін арттыру үшін психокоррекция кезінде преморбидті тұлғалық ерекшеліктерді, әлеуметтік бұзылуды, психикалық реакцияларды және пациенттердің жағдайларын ескеру ерекше маңызды.

**Кілт сөздер:** туберкулез, психологиялық сүйемелдеу, емдеу тиімділігі.

#### Summary

**Vladyslav M. Kolomietc, E.P.Pavlenko,**

DSc, the Department of Clinical Immunology, Allergology & Phthisiopulmonology,

Kursk State Medical University, Russia.

#### **PROGRAMS OF PSYCHOLOGICAL FOLLOW-UP REHABILITATION FOR TB IN FEDERATION POST-SOVIET STATES**

While epidemic situation with TB is stabilized, treatment efficiency increased relatively slow and in the aim of it intensification supposed that psychosomatic condition of patient should be mentioned. Provided review of programs of psychological follow-up rehabilitation for TB in Russian Federation & Post-Soviet states, based on 150 patients with variety form of TB.

It was advised that during course of treatment apply combined patient-orientated approach of psychiatrists and psychologist taking into account patient identity, indicated psychotropic drugs, rational psychotherapy.

During psychological intervention is also crucial for increasing treatment efficiency individual pre-morbid conditions, social frustrations, psychological reactivity and common conditions of patients.

**Keywords:** tuberculosis, psychological follow-up rehabilitation, treatment efficiency.

**Сведения об авторах:**

Коломиец Владислав Михайлович, д.м.н., профессор кафедры клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 305046 г. Курск. ул. Спортивная 35, т. 8-961-199-05-85, [vlacom@mail.ru](mailto:vlacom@mail.ru)

Павленко Елизавета Петровна, ассистент кафедры клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 305044 г. Курск. ул. Республиканская 22, кв. 25 т. 8-905-041-44-53, [liz-ok93@yandex.ru](mailto:liz-ok93@yandex.ru)

**Байтүреев М. С.**, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы 2-оқу жылының магистранты «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, [m.baytureev1978@mail.ru](mailto:m.baytureev1978@mail.ru)  
**Сарсенбаева Г.Ж.**, «Әлеуметтік медициналық сақтандыру және қоғамдық денсаулық» кафедрасының доценті «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, [Gulzat.1969@mail.ru](mailto:Gulzat.1969@mail.ru)

## ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЖІТІ ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ

### Түйін

Құрсақ қуысы мүшелерінің жіті хирургиялық аурулары бар науқастарға көрсетілетін хирургиялық қызметтердің сапасын арттыру, мүгедектік пен өлім-жітімді азайту жолдары ұсынылады.

Алғаш рет асқазан-ішектен қан кеткен пациенттер хирургиялық бейіндегі мамандарға тек 26,7% жағдайда, ал 72,0% - терапиялық бейіндегі мамандарға және 1,3% - басқа мамандарға жүгінген. Асқазанның немесе он екі елі ішектің ойық жаралы ауруымен ауыратын науқастардың арасында хирургиялық бейіндегі мамандарға жүгіну тек 28,3% жағдайда, терапиялық бейіндегі мамандарға - 69,9% жағдайда, басқа мамандарға - 1,8% жағдайда тіркелді. Жедел холецистит кезінде терапиялық бейіндегі дәрігерлерге 16,3% жағдайда, хирургиялық бейіндегі дәрігерлерге-83,7%; жедел панкреатит кезінде-тіісінше 3,0% және 95,7% жағдайда.

Жынысына байланысты іш қуысының жедел хирургиялық патологиясымен сырқаттанушылық деңгейінде кейбір айырмашылықтар анықталды. Атап айтқанда, әйелдер арасында жіті панкреатит пен жіті холециститпен сырқаттанушылық деңгейі ерлерге қарағанда 2,8 және 4,6 есе жоғары. Ал ерлерде асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасына шалдығу деңгейі әйелдерге қарағанда 2,9 есе жоғары ( $P < 0,05$ ).

**Кілт сөздері:** мүгедектік, тірек-қимыл жүйесі, дәнекер тін, сауалнамалар, статистика, ересектер, Шымкент қаласы.

**Кіріспе:** Денсаулық сақтау саласының алдында тұрған ең маңызды міндеттердің бірі науқастарға көрсетілетін хирургиялық көмектің сапасын арттыру болып табылады. Бұл әсіресе құрсақ қуысы ағзаларының жіті хирургиялық аурулары кезінде маңызды. Бұл осы аурулардың медициналық-әлеуметтік сипатына және олардың салдары жиі өлім-жітімге әкелетіндігіне тікелей байланысты. Соңғы онжылдықта осы мәселеге назар аударыла бастағанымен оның өзектілігі төмендемей, асқазан-ішектен қан кету, өт тасы ауруы, жедел панкреатитпен ауыратын науқастар санының едәуір өсуі байқалады.

Мәселенің маңыздылығы диагноз қою, осы ауруларды кешенді емдеу саласындағы айтарлықтай алға жылжушылыққа қарамастан шешімін таппаған бірқатар мәселелер бар (науқастарды ауруханаға уақтылы жатқызу, хирургиялық емдеудің кеш басталуына байланысты отадан кейінгі асқынулардың өсуі, емдеу ұзақтығының және өлім-жітімнің артуы). Іш қуысының жедел хирургиялық аурулары бар науқастарды ауруханаға жатқызу кезінде туындайтын клиникалық және ұйымдастырушылық мәселелерді талдауға арналған әдебиет көздерін зерттеу арқылы осы аурулар тобын емдеудің қолайлы болжамы мен нәтижесін анықтауға болады. Құрсақ қуысы ағзаларының жедел хирургиялық патологиясы бар науқастарға ғалымдар тарапынан медициналық-әлеуметтік тұрғыда толық баға берілмеген.

Іш қуысының асқазан-ішектен қан кету, өт тасы ауруы, жедел панкреатитпен ауыратын науқастар санының едәуір өсуі байқалады осы науқастарды емдеуді оңтайландыру жолдарын анықтау.



**Материалдар мен зерттеу әдістері:**

Құрсақ қуысы ағзаларының жіті хирургиялық аурулары бар науқастарға Шымкент қаласындағы жедел медициналық көмек ауруханаларының хирургиялық көмек көрсету жұмыстарын статистикалық деректерге сүйене отырып зерделеу.

2017-2020 жж. динамикасында Шымкент қаласындағы емдеу-алдын алу мекемелерінің барлық түрлеріне халықтың жүгінуінің деректері бойынша хирургиялық профильдегі мамандарға бару деңгейі мен құрылымын және іш қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық патологиясымен сырқаттанушылықты зерттеу жүргізілді. Зерттеуде материалдарындағы статистикалық деректерді салыстыру мақсатында 2017-2018 жылдар мәліметі жеке, 2019-2020 жылғы мәліметтер жеке салыстырмалы кестелерде келтірілді. Шымкент қаласының хирургиялық қызметі қала тұрғындарына шұғыл және жоспарлы мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін көп бейінді стационарлардың (№1 ҚКА, №2 ГБ, №3 ГБ) 5 хирургиялық бөлімшелерімен және "Доктор Орынбаевтың медициналық орталығы" ЖШС жеке клиникаларымен, "Дау-Мед клиникасы" ЖШС, "DL-эко" көпсалалы клиникасымен ұсынылған.

Іштің барлық жедел хирургиялық ауруларының ерекшелігі - ауырсыну процесінің тез және прогрессивті дамуы және науқастың жағдайының нашарлауында. Демек, науқасты осы аурулармен қалпына келтіру үшін ерте диагноз қою, ерте ауруханаға жатқызу және шұғыл немесе шұғыл хирургия қажет.

Жедел іштің ауруларын ерте диагностикалау үшін келесі факторлар үлкен маңызға ие: аурудың шағымдары мен тарихымен егжей-тегжейлі танысу, пропедевтиканың барлық ережелерін сақтай отырып, науқасты педантикалық объективті тексеру, клиникалық белгілерді және тексеру кезінде алынған барлық деректерді мұқият талдау, оларды кейіннен синтездеу, диагнозды анықтау және емдеу-тактикалық шешім қабылдау.

**Нәтижесі мен практикалық маңыздылығы:** Құрсақ қуысы ағзаларының жіті хирургиялық аурулары бар науқастарға көрсетілетін хирургиялық қызмет сапасын арттыру, мүгедектік пен өлім-жітім санын азайту жолдары ұсынылады.

1 кесте - Шымкент қаласы бойынша шұғыл хирургиялық қызметі

Шымкент қаласы бойынша шұғыл хирургиялық қызмет										
№ МҮ атауы	Түскендер		Шұғыл оталар саны		Қайтыс болғандар		Отадан кейін қайтыс болғандар		Қайта жасалған оталар саны	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
ҚКА №1 ХБ №1	2669	1325	1895	929	70	61	32	16	4	0
ҚКА №1 ХБ №2	2116	1680	1889	1418	52	43	19	43	6	3
ҚКА №1 ХБ №3		711		511		25		19		11
ҚА №2	934	1076	531	373	3	10	3	6	0	0
ҚА №3	763	771	334	334	3	3	1	1	0	0
<b>БАРЛЫҒЫ</b>	<b>6482</b>	<b>5563</b>	<b>4649</b>	<b>3565</b>	<b>128</b>	<b>142</b>	<b>55</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>14</b>

Ауырған жарық және ішектің жіті кедергісі сияқты ауруларда науқастардың барлық өтініштері хирургиялық бейінді мамандарына қатысты болды. Жұмыста емдеу деректері бойынша іш қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық ауруына талдау жасалады. Жасына және жынысына байланысты бұл көрсеткіштер әртүрлі болды.

2 кесте - Шымкент қаласы бойынша 2017-2018 жылдары қысылған жарыққа хирургиялық қызмет көрсетілуі

Қысылған жарық								
МУ атауы	Түскендер		Ота жасалғандары		Қайтыс болғаны		Отадан кейінгі өлім-жітім	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
ҚКА №1 ХБ №1	100	93	100	93	0	3	0	3
ҚКА №1 ХБ №2	230	86	230	86	1	4	1	4
ҚКА №1 ХБ №3	-	-	-	-	-	-	-	-
ҚА №2	79	99	99		1		1	
		25						0
ҚА №3	16		16	25	0	0	0	
<b>БАРЛЫҒЫ</b>	<b>425</b>	<b>303</b>	<b>425</b>	<b>303</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

Зерттеу кезеңінде құрсақ қуысының жіті хирургиялық аурулар пайда болған кезде халықтың медициналық көмекке жүгіну мерзіміне әсер ететін жетекші факторларды зерттеу жүргізілді. Алынған мәліметтер негізінде олардың таралуы мен басқарылуына байланысты факторларды бөліп көрсете отырып, бағалау-болжау кестелері жасалды.

Жұмыста ақпарат жинаудың келесі әдістері қолданылды: медициналық мекемелердегі алғашқы құжаттардан алынған мәліметтердің көшірмесі, ретроспективті бақылау т.б. Материалдарды өңдеу және талдау процесінде аналитикалық, әлеуметтік, жұптасқан, мұрағаттық әдістер, сондай-ақ санитарлық статистиканың заманауи әдістері қолданылды (көрсеткіштердегі айырмашылықтардың дұрыстығын бағалау, дисперсиялық, математикалық болжау әдісі). Материалды өңдеу кезінде компьютерлер қолданылды.

Жұмыста халықтың хирургиялық бейіндегі мамандарға баруына және іш қуысының жедел хирургиялық ауруларына алғашқы жүгінуіне талдау жасалады (емдеу-профилактикалық аурулардың барлық түрлеріне жүгіну деректері ірі қала жағдайында бекітілген).

Халықтың хирургиялық бейіндегі мамандарға келуі бір адамға 0,5 жағдайды құрағаны анықталды. Зерттеу кезеңінде осы мамандарға жүгіну 19,7% төмендегенін атап өткен жөн ( $p < 0,05$ ).

Жалпы алғанда, сондай-ақ жекелеген мамандықтар бойынша хирургиялық бейіндегі мамандарға баруды талдау кезінде зерттелген халықтың жынысын ескере отырып, жалпы хирургтарға жүгінудің үлес салмағы ерлерде де, әйелдерде де шамамен бір деңгейде екендігі анықталды. Алайда, травматолог-ортопедтерге, торакалды хирургтарға, проктологтарға бару ерлер арасында әйелдерге қарағанда тиісінше 1,7, 1,6 және 1,3 есе жоғары. Сонымен қатар, әйелдер арасында онколог-хирургтар мен кардиохирургтарға қатысу тиісінше 2,0 және 1,5 есе жоғары.

Құрсақ қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық аурулары бар науқастардың бастапқы айналымы хирургиялық бейіндегі мамандарға әрдайым бола бермейтіні анықталды. Сонымен, жедел аппендицит кезінде 3,4% жағдайда науқастар алдымен терапевттерге, ал 96,6% жағдайда хирургтарға жүгінді.

Іш қуысының өткір хирургиялық аурулары бар науқастарды уақтылы ауруханаға жатқызу үшін қажетті жағдайларды оңтайландыру шараларын әзірлеу мақсатында іш

қуысының жедел хирургиялық ауруына кешенді медициналық-әлеуметтік зерттеу жүргізілді. Хирургиялық бейіндегі мамандардың көмегіне жүгіну, іш қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық патологиясымен сырқаттану көрсеткіштері 2017-2020 жылдардағы динамикада зерттелді. Аталған кезең аралығында халықтың бейінді хирург мамандарға жүгінуі 19,7% азайған. Хирургиялық бейіндегі жекелеген мамандарға келуді жеке бөліп қарастырсақ: 59,3% жағдай - жалпы хирургтарға, 24,5% - травматолог-ортопедтерге, 3,8% - урологтарға, 1,9% - тамырлы хирургтар мен проктологтарға, 1,5% - торакалды хирургтарға, 1,3% - онколог-хирургтарға және т.б.

Шымкент қаласы тұрғындарының осы мамандарға жүгінуі жынысына қарай да ерекшеленеді. Мәселен, травматолог-ортопедтерге, торакалды хирургтарға, проктологтарға ерлер арасында әйелдерге қарағанда сәйкесінше 1,7, 1,6 және 1,3 есе жоғары. Сонымен қатар, әйелдер арасында онколог-хирургтар мен кардиохирургтарға жүгінуі сәйкесінше 2,0 және 1,5 есе жоғары.

**Қортынды:** Құрсақ қуысы ағзаларының барлық жедел хирургиялық ауруларының ерекшелігі - ауырсыну процесінің тез және прогрессивті дамуы, науқастың жағдайының күрт нашарлауы. Демек, құрсақ қуысы ағзаларының жіті хирургиялық ауруына күдіктенген науқасты уақтылы дәл диагноз қою, расталған жағдайда ерте ауруханаға жатқызу және шұғыл хирургиялық араласу үшін уақыт жоғалтпау маңызды.

Ауруханаға дейінгі кезеңдегі дәрігердің іс-әрекетінің маңызды элементі құжаттаманы ресімдеу жедел және шұғыл көмек картасы болып табылады. Дәрігер науқаста көргендердің бәрін тағы бір рет талдайды және сонымен бірге дифференциалды диагноз қояды. Бұл диагностикалық қателерді азайтуға көмектеседі.

#### Әдебиеттер

- 1.«Қазақстан Республикасында хирургиялық (абдоминалды, торакалды, колопроктологиялық) көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 20 ақпандағы № ҚР ДСМ-11/2020 бұйрығы.
2. Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2020 жылғы 7-шілдедегі №360-VI ҚРЗ Кодексі.
- 3 .Посещаемость к специалистам хирургического профиля //Материалы 60-й юбилейной научной конференции студентов и молодых ученых ВГМИ. Уфа, 1995.
4. Ширяева А.С. Медико-социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города. М., 1996.

#### Резюме

Байтүреев М.С., магистрант 2 года обучения по специальности "Общественное здравоохранение" АО "ЮКМА", г. Шымкент, Республика Казахстан, [m.baytureev1978@mail.ru](mailto:m.baytureev1978@mail.ru)  
Сарсенбаева Г.Ж., доцент кафедры "Социальное медицинское страхование и общественное здоровье" АО "ЮКМА", г. Шымкент, Республика Казахстан, [Gulzat.1969@mail.ru](mailto:Gulzat.1969@mail.ru)

#### ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Предлагаются пути повышения качества оказываемых хирургических услуг больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, снижения числа инвалидности и смертности.

Впервые пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями обратились к специалистам хирургического профиля только в 26,7% случаев, а 72,0% - к специалистам терапевтического профиля и в 1,3% - к другим специалистам. Среди больных с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки обращения к специалистам хирургического профиля регистрировались только в 28,3% случаев, к специалистам терапевтического профиля - в 69,9% случаев, к другим специалистам - в 1,8% случаев. При остром холецистите обращения к врачам терапевтического профиля в 16,3% случаев, к врачам хирургического профиля-83,7%; при остром панкреатите - в 3,0% и 95,7% случаев соответственно.

Выявлены некоторые различия в уровне заболеваемости острой хирургической патологией брюшной полости в зависимости от пола. В частности, уровень заболеваемости острым панкреатитом и острым холециститом среди женщин в 2,8 и 4,6 раза выше, чем у мужчин. А уровень

заболеваемости язвой желудка и двенадцатиперстной кишки у мужчин в 2,9 раза выше, чем у женщин ( $P < 0,05$ ).

Термин «острый живот» часто используется для определения клинического состояния, характерного для острых хирургических заболеваний брюшной полости. Это внезапно развившееся заболевание, требующее немедленной медицинской помощи, и большинство пациентов интерпретируются как экстренное или экстренное хирургическое вмешательство.

Важным элементом действий врача на догоспитальном этапе является оформление документации карта скорой и неотложной помощи. Врач еще раз анализирует все, что видит пациент, и одновременно ставит дифференциальный диагноз. Это поможет минимизировать диагностические ошибки. Если произошла ошибка, развернутая запись поможет впоследствии ее критически проанализировать, сделать правильные ретроспективные выводы, в результате чего врач скорой помощи обогатится опытом.

**Ключевые слова:** инвалидность, опорно-двигательная система, соединительная ткань, анкеты, статистика, взрослые, город Шымкент.

### Summary

Baitureev M. S. master's student of the 2nd academic year of the specialty "Public Health" JSC "SKMA", Shymkent, Republic of Kazakhstan, m.baytureev1978@mail.ru

Sarsenbayeva G. zh. associate professor of the Department "social health insurance and public health" JSC "SKMA", Shymkent, Republic of Kazakhstan, Gulzat.1969@mail.ru

### ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS

The ways of improving the quality of surgical services provided to patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity, reducing the number of disabilities and mortality are proposed.

For the first time, patients with gastrointestinal bleeding turned to surgical specialists only in 26.7% of cases, and 72.0%-to therapeutic specialists and 1.3% - to other specialists. Among patients with gastric ulcer or duodenal ulcer, referrals to surgical specialists were registered only in 28.3% of cases, to therapeutic specialists-in 69.9% of cases, to other specialists-in 1.8% of cases. In acute cholecystitis, treatment to therapeutic doctors in 16.3% of cases, to surgical doctors-83.7%; in acute pancreatitis - in 3.0% and 95.7% of cases, respectively.

Some differences in the incidence of acute surgical pathology of the abdominal cavity, depending on gender, were revealed. In particular, the incidence of acute pancreatitis and acute cholecystitis among women is 2.8 and 4.6 times higher than in men. And the incidence of gastric and duodenal ulcers in men is 2.9 times higher than in women ( $P < 0.05$ ).

The term "acute abdomen" is often used to define a clinical condition characteristic of acute surgical diseases of the abdominal cavity. It is a sudden-onset disease that requires immediate medical attention, and most patients are interpreted as an emergency or emergency surgical intervention.

An important element of the doctor's actions at the pre-hospital stage is the documentation of the emergency and emergency care card. The doctor once again analyzes everything that the patient sees, and at the same time makes a differential diagnosis. This will help minimize diagnostic errors. If an error occurred, the expanded record will help you to critically analyze it later, make correct retrospective conclusions, as a result of which the emergency doctor will be enriched with experience.

**Keywords:** disability, musculoskeletal system, connective tissue, questionnaires, statistics, adults, City of Shymkent.

### Сведения об авторах:

Байтуреев М.С., магистрант 2 года обучения по специальности "Общественное здравоохранение" АО "ЮКМА", г. Шымкент, Республика Казахстан, [m.baytureev1978@mail.ru](mailto:m.baytureev1978@mail.ru)

Сарсенбаева Г.Ж., доцент кафедры "Социальное медицинское страхование и общественное здоровье" АО "ЮКМА", г. Шымкент, Республика Казахстан, [Gulzat.1969@mail.ru](mailto:Gulzat.1969@mail.ru)

МРНТИ 76.75.33

**Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е., Ержанов Н.А.**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ СТУДЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «СТОМАТОЛОГИЯ»**

### **Резюме**

Статья раскрывает эффективность использования симуляционных технологий в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций у студентов специальности Стоматология.

**Ключевые слова:** симуляционные технологии, стоматологические тренажеры, профес-сиональные компетенции, стоматология.

В Центре практических навыков студенты развивают и отрабатывают практические навыки на практических занятиях по специальностям Общая медицина, Педиатрия, Стоматология, Сестринское дело.

В Центре имеется достаточное количество симуляторов для работы со студентами в рамках симуляционного обучения: интерактивные манекены взрослого пациента в человеческий рост для отработки практических навыков по личной гигиене, неотложной доврачебной помощи; интерактивные манекены новорождённого и манекены ребёнка в возрасте шести месяцев для отработки навыков по уходу за детьми; модели взрослых для освоения доврачебной помощи при сердечно-лёгочной патологии; тренажеры для проведения всех видов инъекций; тренажеры для осуществления сестринских манипуляций: отработки катетеризации мочевого пузыря; постановки клизм, компрессов; назогастрального зонирования и т.д.; наборы для профилактики и обработки пролежней и др.

Учитывая, что практические занятия предполагают овладение практическими умениями в рамках компетентного подхода под контролем преподавателей, из опыта нашей работы сложились некоторые методические подходы к освоению практических навыков и формированию профессиональных компетенций с использованием симуляционных технологий.

На сегодняшний день существует множество инновационных педагогических технологий. Однако повышение эффективности обучения медицинских работников остается острой проблемой для отечественных и зарубежных преподавателей [1, 2, 3].

Современная идеология подготовки специалиста-стоматолога диктует требования по созданию дополнительных структурных подразделений, непосредственно участвующих в процессе освоения практических навыков [4, 5].

Именно таким подразделением ЮКМА является Центр практических навыков, в котором симуляционное обучение по стоматологии проходит в специализированном учебном классе, оснащённом современными компьютеризированными стоматологическими тренажерами и денто-моделями.

Появление симуляционного обучения является необходимым направлением в учебном процессе для студентов и интернов [6], где на протяжении всего обучения они ведут отработку и закрепление мануальных навыков по разделам «Кариессология», «Эндодонтия», «Пародонтология», «Ортодонтия», «Неотложная помощь на стоматологическом приеме», а также обучаются методикам удаления зубов, амбулаторным хирургическим манипуляциям, проведения клинических этапов изготовления несъемных и съемных зубных протезов, знакомятся с новейшими технологиями в стоматологии, в том числе имплантацией с последующим протезированием.

На первом этапе обучения студенты проходят доклиническую теоретическую подготовку по терапевтической, ортопедической, хирургической стоматологии и

стоматологии детского возраста, а также ортодонтии и детского зубного протезирования. Будущие врачи осваивают основы врачебной деонтологии, общие принципы диагностики, семиотику заболеваний органов и тканей полости рта, начальные мануальные навыки врача-стоматолога общей практики [7, 8].

После этого студенты переходят в учебный класс ЦПН для освоения практических навыков с использованием тренажеров для отработки практических навыков как освоение принципов работы на стоматологическом оборудовании с использованием инструментария, стоматологических материалов и соблюдением санитарно-гигиенических норм, правил техники безопасности; обучение основным методам обследования стоматологического больного; освоение основных профессиональных мануальных навыков врача-стоматолога на фантомах головы, стоматологических симуляторах.

Стоматологические симуляторы ЦПН ЮКМА представлены в виде 4 стоматологических тренажеров - 2 Мобильных стоматологических тренажера и 2 стоматологических тренажера ТС-У.02.

Стоматологические тренажеры представляют собой модель головы человека со встроенным регулируемым артикулятором, воспроизводящим все анатомические движения нижней челюсти, с возможностью регулировки по высоте для установки различных моделей челюстей, а также денто-модели верхней и нижней челюстей в стабильной окклюзии, анатомически соответствующие зубочелюстному аппарату пациента. В программном обеспечении рабочего места тренажера представлены теоретические сведения. Основа модели зубочелюстного аппарата фантома головы человека выполнена из твердой безусадочной пластмассы. Модель имеет 32 ввинченных зуба (или 20 временных зубов) из duroпласта и мягкую, сменную десну, анатомически соответствующую возрасту пациента. Модель позволяет отрабатывать мануальные навыки препарирования тканей зуба, эндодонтической обработки и пломбирования каналов зуба, отрабатывать и закреплять методики экстракции зубов, проводить гигиенические, парадонтологические, ортопедические и ортодонтические мероприятия.

Имея теоретическую подготовку, владея практическими навыками и отработав виртуальный алгоритм лечения стоматологических патологий, студент в ЦПН в условиях, приближенных к настоящим (реальная обстановка, реальное оборудование, манекен, типодонты), путем многократного повторения и разбора ошибок добивается совершенства своих психомоторных навыков, навыков работы с оборудованием и пациентом, навыков работы в команде.

Все занятия на фантомах проводятся под руководством преподавателя, который проверяет уровень выполнения клинических манипуляций на каждом этапе и проводит разбор ошибок.

В свою очередь, практическая подготовка делится на работу с симуляционным оборудованием и с живыми людьми (на практических занятиях в клиниках, а также на производственной практике).

По окончании симуляционного изучения стоматологических дисциплин теоретическая подготовка и практические навыки студентов оцениваются на трехэтапном экзамене (компьютерное тестирование, собеседование, оценка мануальных навыков).

Таким образом, организация фантомного обучения на стоматологических кафедрах, в совокупности с производственной практикой по стоматологическим специальностям является важным предметом для более глубокого ее изучения без вреда пациенту и объективной оценки достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста, для снижения стресса при первых самостоятельных манипуляциях в клинических условиях и для неограниченного числа повторов отработки практических навыков.

Целью исследования явилось проведение анализа влияния симуляционного обучения на уровень освоения практических навыков в системе подготовки врача-стоматолога, с точки зрения студентов, на основании социального опроса.

Для реализации поставленной цели был использован метод добровольного анонимного анкетирования, позволяющий минимизировать сокрытие информации. В анкетировании приняли участие 98 студентов 2 курса специальности Стоматология. Анкета представляла собой таблицу с перечнем вопросов и свободным местом для ответов. Совокупность ответов характеризовала изучаемую проблему.

Студентам было предложено провести оценку влияния симуляционных методов обучения на освоение мануальных навыков до и после прохождения производственной практики по стоматологии. Оценка проводилась по 5-балльной системе по терапевтической, ортопедической, хирургической и детской стоматологии.

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что уровень освоения практических навыков у студентов 2 курса специальности Стоматология после симуляционного обучения в ЦПН ЮКМА по хирургической стоматологии составил в среднем  $3,74 \pm 0,62$ ; по терапевтической стоматологии –  $3,88 \pm 0,56$ ; по ортопедической –  $3,79 \pm 0,47$ ; по стоматологии детского возраста –  $3,81 \pm 0,53$  по 4-балльной системе.

Данные анкетирования студентов после прохождения производственной практики показали, что средний уровень освоения практических навыков по хирургической стоматологии составил  $4,36 \pm 0,49$ ; по терапевтической –  $4,44 \pm 0,37$ ; по ортопедической –  $4,26 \pm 0,28$ ; по стоматологии детского возраста –  $4,34 \pm 0,31$  по 4-балльной системе.

Полученные данные показали, что применение симуляционных методов обучения по стоматологии значительно повышает уровень освоения практических навыков у студентов.

Таким образом, правильная организация учебного процесса практики с использованием симуляционных технологий приводит к овладению профессиональными практическими навыками на более высоком уровне, чем теоретическое описание последних, или присутствие студентов первых курсов в отделении, когда «ничего не дают делать, кроме влажной уборки помещений». Эффективность обучения с помощью симуляционных методов подтверждается самостоятельной работой студентов в рамках учебно-практических занятий в терапевтических отделениях на клинических базах кафедр.

### Литература

1. Мещерякова М.А. Деятельностная теория учения как научная основа повышения качества подготовки специалиста в медицинском вузе // В кн.: Система обеспечения качества подготовки специалистов в медицинском ВУЗе; под ред. проф. П.Г.Ромашева. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2004. – С. 13–15.
2. Михальченко Д.В., Севбитов А.В. Развитие симуляционного обучения в России // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2015. – № 2(46). – С. 83–85.
3. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Роль симуляционного обучения в системе подготовки врача-стоматолога на примере фантомного центра Волгоградского медицинского университета // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3(1). – С. 126–128.
4. Яблокова Н.А., Севбитов А.В. Роль радиационного фактора в формировании стоматологической заболеваемости детского населения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – Т. 57, № 6. – С. 82–87.
5. Cooper J.B., Taqueti V.R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training // Postgrad Med J. – 2008. – № 84 (997). – P. 563–570.
6. Севбитов А.В., Михальченко Д.В., Скатова Е.А., Михальченко А.В. Концепция симуляционного обучения на базе фантомных центров освоения практических навыков стоматологических факультетов // Маэстро стоматологии. – 2015. – № 2. – С. 102–103.
7. Данилина Т.Ф., Колесова Т.В., Касибина А.Ф. Практические занятия по пропедевтике стоматологических заболеваний. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2010. – 308 с.
8. Дружинин А.В., Берднова Е.В., Корсунов В.П., Зайцев В.А., Целых В.А., Юрьева А.А. Профессиональные игры в педагогической интерпретации. – Саратов: Изд-во Саратов. Ун-та, 2001. – 103 с.

Түйін

Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е., Ержанов Н.А.  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы<sup>1</sup>, Шымкент қ., Қазақстан

### СТОМАТОЛОГИЯ БІЛІМ БАҒДАРЛАМАСЫ БОЙЫНША СТУДЕНТТЕРДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ АЛУДАҒЫ СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

Мақала Стоматология мамандығы бойынша білім алып жатқан студенттерде тәжірибелік дағдылар мен кәсіптік құзыреттіліктерін дамытудағы симуляциялық технологияларын қолдану нәтижелілігі көрсетеді.

**Кілт сөздер:** симуляциялық технологиялар, стоматологиялық тренажерлар, кәсіптік құзыреттілік, стоматология.

Summary

Rysbekov M.M., Anartaeva M.U., Abdraimova S.E., Yerzhanov N.A.  
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

### USING OF SIMULATION TECHNOLOGIES IN MEDICAL EDUCATION OF STUDENTS OF THE EDUCATIONAL PROGRAM STOMATOLOGY

The article reflects the results of the study and assessment of the effectiveness of simulation technologies in the development of practical skills and the formation of professional competencies in the course of practical training for students of the specialty Stomatology.

**Key words:** simulation technologies, dental simulators, professional competencies, Stomatology.

#### Сведения об авторах:

Рысбеков Мырзабек Мырзашевич, ректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., профессор, г.Шымкент, Казахстан

Анартаева Мария Ұласбекқызы, проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., г.Шымкент, Казахстан

Абдраимова Сауле Ермековна, руководитель ЦПН АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, e-mail: [s\\_abdraimova@mail.ru](mailto:s_abdraimova@mail.ru)

Ержанов Нурлан Амирович, руководитель отдела АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан



МРНТИ 76.29.49  
УДК 616-006.6-089.618.2

**Жантеев М.Е.<sup>1</sup>, Оңғарбаев Е.К.<sup>2</sup>, Жүнісбеков Ж. А.<sup>2</sup>, Аманбаев Б.А.<sup>2</sup>, Жантеева А.М.**

<sup>1</sup>Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

<sup>2</sup>Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

### **ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ДАМЫҒАН СҮТ БЕЗІ РАГЫН ОПЕРАТИВТІ ЕМДЕУ (практикада кездескен жағдай)**

Барша онкологиялық аурулар сияқты сүт безі обырының да әлем бойынша жиілеп келе жатқандығы мәлім. Дүние жүзіндегі көрініске сай қазақстанда, оның ішінде оңтүстік өңірінде де сүт безі обыры жиілігі артып келеді. Сонымен қатар сүт безі обырының халық арасында жасарып келе жатқандығы да белгілі үрдіс болып қалды. Осыдан 30-35 жыл бұрын сүт безі обырымен негізінен жасы егде тартқан, шамамен 50 ден асқан әйелдер ауыратын. Соңғы кездерде ауру жасы 30-35, кейде одан да жас аурулар кездесіп жататын болды.

Әдеби берілімдерді қарастырып көрелік. Ресейлік ғалым А.А. Параконная жүктілік кезіндегі онкологиялық аурулар туындауын, оның ерекшеліктерін саралай келе сүт безі обырымен ауыратын әйелдер санының соңғы 10 жылда 35,5% артқандығын оның ішінде аталған ісіктің жас әйелдер арасында (30-35жас) жиілегендігі туралы мәлімдейді. Сонымен қатар ел арасында кеш жүктіліктің де (30-35жас) жиілеп келе жатқандығына хабардар етеді(1).

Репродуктивті жастағы әйелдер арасында қатерлі ісіктердің салдарынан өлім деңгейі жалпы өлім жиілігі арасында екінші орын алса оның 0,02-0,1% жүктілік кезеңінде болады екен. Сүт безі обыры мен жүктіліктің қатар кездесу жиілігі 3000-10000 жүктілікке 1 жағдай болып келеді(1,2).

Осы сияқты жүктілік аясында қатерлі ісік кездесу жиілігінің артып келе жатқандығын бөлісе келе, жүктілікке байланысты ісіктің өсуі, оның жылдам немесе баяулауы, ағымының ауырлап өтуі немесе керісінше симптомдарының жасырын түрге енуі туралы да ғалымдар арасында бірбеткей көзқарас жоқ(3).

Көп жағдайда жүктілік кезінде туындаған обырды анықтаудың өзіндік қиындықтары болатынын, нәтижесінде кеш анықталып жататындығы туралы және кейде емінде де ерекшеліктердің болатындығы жазылған (4). Авторлар жүктілік кезінде химиотерапияны аса сақтықпен жүргізу керектігіне тоқталған.

Қатерлі ісіктерді анықтауда жиі қолданылатын МРТ зерттеуді де жүктілік аясында дамыған обырды зерттеуде аса сақтықпен жасау ұсынылады. Зерттеудің өзі организмге аса қауіпті емес (радиоактивті элементтері жоқ) болғанымен, зерттеу процесінде пайдаланылатын контраст зат «Гадобист» тің шарана организмне тигізер зияны мол. Оның үстіне МРТ зерттеу үстіндегі эмбрионның термиялық қызуы да оған жағымсыз болуы әбден мүмкін [5,6].

Сүт безі патологияларының көбінде оның ішінде сүт безі обыры да бар жиі қолданылатын препараттар ол гармональды препараттар. Бірақ тамоксифеннің тератогендік жағымсыз әсері бар екендігі анықталған, және оны жүктілік кезінде пайдалану қауіпті екендігі айтылады [7].

Онкологиялық ауруларды емдеудің бір тәсілі ол химиотерапия. Оны тағайындаудың жүктіліктің гестациялық кезеңіне байланысты ерекшеліктері болуы белгілі. Зерттеушілер антинеопластикалық препараттарды жүктіліктің екінші ен ғана тағайындауды ұсынады[8]. Осы сияқты жүкті әйелдердегі онкологиялық ауруларды химиотерапиялық дәрі дәрмектер көмегімен емдеуді ұсынған авторлар да бар. Олар химиопрепараттарды гестациялық 14 аптадан кейінгі кезеңде ғана бастау туралы ұсыныстар айтқан[9].

Әдеби шолу нәтижелерін саралай келе Шымкент «қалалық онкологиялық орталықта» орын алған, 28 апталық жүктілігі бар әйелдің сүт безінде обыр анықталғандығы туралы және оның оперативті жолмен емделгендігі жөнінде баяндағалы отырмыз.

Науқас әйел П. 29 жас. Онкологиялық орталыққа оң сүт безінің ісінуіне, қатқыл түйін пайда болуына шағымданып түсті. Анамнезінде ауру дамығанына, түйін пайда болғанына бірнеше ай, өзі мән бермеген. Жүктілік болғаннан кейін түйіннің үлкейуі үдей бастаған. Сол себепті аймақтық онколог жолдамасы арқылы қалалық онкологиялық орталыққа түсті. Сүт безі УДЗ де оң сүт безінің сыртқы төменгі квадрантында көлемі 10,9 x 11,6 мм жаңа құрылым бар екендігі анықталды. Түйіннен трепанбиопсия жасалып гистологиялық тексергенде 28.02.2021 ж. №2679-80 «сүт безінің инвазивті карциномасы», дифференцировка деңгейі GII болып шықты. 09.03.2020 ж-ғы ИГХ зерттеуде №2679 : РЭ-7 баллов, РП -4 баллов, Неч2-0 б. Кі67-30%. Қолтық асты лимфа түйіндерінен алынған пунктатты

цитологиялық зерттегенде 11.03.2021ж, №3509-10 атипті, ісіктік клеткалар анықталмады. Науқас Қаз ОжРҒЗИ кеңес алып, сол ұйымның ұйғарымы бойынша оперативті ем ұсынылды. Жүктілік мерзімі 27 апта.

Түскен кезде жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Көңіл күйі қалыпты. Тері жамылғысы мен көрінетін шырыш қабаттары қалыпты түсте, таза. Тыныс алу жүйесі мен жүрек қантамыр жүйесі тарапынан айтарлықтай өзгерістер жоқ. Тыныс алу жиілігі 19 р. мин, пульс жиілігі 74, қан қысымы 110-70 мм.с.б.. Іші жұмсақ, ауырсынуыз. Бауыр, талағы саусаққа сезілмейді, ұлғаймаған. Тәбеті қанағаттанарлық, физиологиялық бөліністері қалыпты.

Локальды: сүт бездері жасы мен жүктілік мерзіміне сай, дөңгелек пішінді, симметриялы. Оң жақ сүт безінің емізгі біршама тартылық, сыртқы жоғарғы квадрант тарапына аздап қисайған. Пальпацияда сүт безінің сыртқы төменгі квадрантында қатқыл консистенциялы, беткейі біртегіс емес көлемі 1x1,5 см түйін байқалады. Қозғалғыштығы сүт безімен бірге, ауырмайды.

Тексерістер нәтижесінде науқасқа қойылған диагноз: негізгі Оң жақ сүт безінің обыры T1N0M0 даму сатысы I. Люминальды В подтип, II клиникалық топ.

Фондық: Жүктілік 29 апта

Дәрігерлердің көп салалы комиссиясы шешімімен науқасқа оперативті ем тағайындалды.

Сүт безіндегі ісік көлемі, орналасуы мен даму сатысына қарай жоспарланған операция көлемі радикалды мастэктомия болып тағайындалды. Бірақ науқастың жүктілігін, ұсынылған наркоз түрінің шаранаға зиянды болатынын ескере отырып, аурухана анестезиологтарының ұсынысымен және олардың жіті бақылауының аясында операция жергілікті 0,5%-200 мл новокаинді инфльтрациялық анестезия көмегімен жасалып шықты. Оперативті аймақты талапқа сай иодонат және спирт ерітіндісімен өңдеп, залалсыздандырып алған соң оң сүт безінің негізі аумағынан екі сызықтық кесу жасалынып, сол аймақтан теріні ісікпен қоса сылу арқылы жалғасты. Кесіліп, тері асты шел арқылы ұңғылау әдісімен сүт безі толық, радикалды деңгейде алынып тасталды. Қан тоқтатуға электрокоагулятор мен тамырларды байлау пайдаланылды. Алдыңғы аксиллярлы сызық бойына дренажды түтік қалдырылды. Асептикалық таңғыш.

Қолтық асты лимфа түйіндері, бөлек жансыздандыру арқылы сылынды. Алынған сүт безі мен қолтық астына дренажды түтік қалдырылып, терісіне тігіс салынды. Ота жарасы біріншілік жазылумен, тігістері 11 тәулікте алынды. Науқас қанағаттанарлық жағдайда үйіне шығарылды. Аймақтық онкологтың бақылауында болу, босанғаннан кейін емін (химиотерапия) жалғастыру ұсынылды.

#### Әдебиеттер

1. Пароконная А.А. Рак молочной железы и беременность//Злокачественные опухоли.- Том 2 № 1 (2012) С. 7-19
2. Decker S., Amant F. Breast cancer in pregnancy: a literature review // F,V& V in ObGyn . – 2009. – Vol. 1 (2). – P.130–141.
3. Amant F, Van Calsteren K, Vergote I, Ottevanger N. Gynecologic oncology in pregnancy // Critical Reviews in Oncology Hematology. – 2008. – Vol.67. –P.187–195.
4. Nettleton J., Long J., Kuban D., Wu R., Shaeffer J., El-Mahdi A. Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment delay // Obstet Gynecol., 1996. – Vol. 87. – P. 414–418.
5. Oto A, Ernst R, Jesse MK, Chaljub G, Saade G. Magnetic resonance imaging of the chest, abdomen and pelvis in the evaluation of pregnant patients with neo- plasms // Am J Perinatol. – 2007. – Vol. 24. –P.243–250.
6. Аyyappa A., Kulkarni S, Cristal P. Pregnancy-associated breast cancer: spectrum of imaging appearances // The British Institute of Radiology. – Vol. 2010. – P. 1–6.
7. Berger JC, Clericuzio CL. Clinical report: Pierre Robin sequence associated with first trimester fetal tamoxifen exposure // Am J Med Genet Part A. – 2008. –Vol.146A. –P.2141–2144.
8. Pentheroudakis G, Orecchia R, Hoekstra HJ, Pavlidis N; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Ann Oncol. – 2010 May. –21 Suppl 5:v 266–73.
9. Amant F, Van Calsteren K, Vergote I, Ottevanger N. Gynecologic oncology in pregnancy // Critical Reviews in Oncology Hematology. – 2008. – Vol.67. –P.187–195.

**Резюме**

Жантеев М.Е.<sup>1</sup>, Онгарбаев Е.К.<sup>2</sup>, Жунусбеков Ж. А.<sup>2</sup>, Аманбаев Б.А.<sup>2</sup>, Жантеева А.М.

<sup>1</sup> «Южно Казахстанская медицинская академия» АО, город Шымкент, Казахстан

<sup>2</sup> Городской онкологический центр, город Шымкент, Казахстан

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИТОГО ВО ВРЕМЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

Рак молочной железы по частоте занимает первое место, и за последние 10 лет увеличилось 32,5% и с каждым годом молодеет. Одновременно увеличивается число женщин, желающих забеременеть в поздние сроки. Таким образом увеличивается вероятность развития онкологической патологии молочной железы у беременной и лактирующей женщины.

В статье описывается случай развития рака молочной железы у беременной женщины г. Шымкент и благополучное оперативное лечение. Больной после родоразрешения рекомендована химиотерапия и строго быть под наблюдением онколога.

**Ключевые слова:** онкология, рак молочной железы, беременность, местная анестезия, мастэктомия.

**Summary**

Zhanteyev M.<sup>1</sup>, Ongarbayev E.<sup>2</sup>, Zhunusbekov Zh.<sup>2</sup>, Amanbayev B.<sup>2</sup>, Zhanteyeva A.

<sup>1</sup>South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

<sup>2</sup> City Cancer Center, Shymkent, Kazakhstan

**OPERATIVE TREATMENT OF BREAST CANCER DEVELOPED DURING PREGNANCY (CASE IN  
PRACTICE)**

Breast cancer ranks first in terms of honesty, and over the past 10 years it has increased by 32.5% and is getting younger every year. At the same time, the number of women wishing to become pregnant at a later date is increasing. Thus, the likelihood of developing oncological pathology of the breast in a pregnant and lactating woman increases.

The article describes a case of development of breast cancer in a pregnant woman in Shymkent and a successful surgical treatment. The patient after delivery is recommended chemotherapy and be under the supervision of an oncologist.

**Key words:** oncology, breast cancer, pregnancy, local anesthesia, mastectomy.

**Сведения об авторах:**

**Жантеев М.Е.** - заведующий кафедрой, к.м.н., Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru), 8(7252)39-15-20(213)

**Онгарбаев Е.К.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Жүнісбеков Ж. А.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Аманбаев Б.А.**<sup>2</sup> - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Жантеева А.М.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

УДК 616.23:614.253

Жантеев М.Е.<sup>1</sup>, Кулакеев О.К.<sup>1</sup>, Онгарбаев Е.К.<sup>2</sup>, Исмаилов С.Т.<sup>2</sup>, Калдыбеков Р.Б.<sup>2</sup>,  
Жумагельдиева М.Н.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru)

<sup>2</sup>Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm

## ПОВРЕЖДЕНИЕ ТРАХЕИ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКОЙ (случай из практики)

### Резюме

В представленной статье приводится анализ литературных данных о ятрогенных повреждениях трахеи интубационной трубкой во время общего эндотрахеального наркоза. Приведены примеры и рассмотрены наиболее значимые механизмы их формирования, клинические данные пострадавших, критерии диагностики и лечения. Выставлены материалы собственного наблюдения успешного лечения постинтубационного разрыва трахеи в Городском онкологическом центре г. Шымкент.

**Ключевые слова:** ятрогения, повреждения трахеи, постинтубационные разрывы трахеи, общая анестезия.

**Актуальность:** Повреждение гортани и трахеи во время интубации является одним из важных и грозных осложнений в современной медицине. Одним из ятрогенных осложнений связанной с интубацией является травма (разрыв, отслоение слизистой и т.д.) трахеальной стенки. Многие ученые изучающие данное осложнение считают ее казуистическим, тем не менее жизнеугрожающим. Поэтому то до сих пор нет четких материалов о изучении и данных о частоте осложнения. Многие литературные данные в основном представляют случаи из практики, а не механизм развития осложнений и клинические проявления вследствие различных теоретических умозаключений или краткосрочных наблюдений[1].

На сегодняшний день одним из самых больших наблюдений и описаний, посвященных разрыву трахеи являются труды российских ученых[2]. М.Б. Гуля, И.П. Радчук, описывают 5 клинических случаев повреждения трахеи вследствие интубации с их анализом. Все 5 больных женского пола в возрастной группе от 50 до 60 лет. И все больные имеют онкологический диагноз[3]. По данным разных авторов во время интубации трахеальные стенки разрываются с частотой от 0,05% до 29% в зависимости от экстренности интубации [4].

Причины травм трахеи во время интубации разные; это может быть из-за грубой интубации, неправильного выбора толщины интубационной трубки, неоднократные, грубые попытки интубировать, применение длинных, выступающих из-за трубки стилетов, иногда избыточное раздувание фиксирующей манжетки[5]. Способствующими факторами развития этого осложнения являются перенесенные заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пациенты ранее принявшие лучевую терапию или стероидные препараты, с ожирением и больные страдающие трахеомаляцией[6].

Учитывая редкость и ятрогенный характер данной патологии приводим пример клинического случая из собственного наблюдения.

Больная И.Е. 58 лет, учительница, находилась на плановом лечении в ГОЦ г. Шымкент с 10.12.2019 г. По 27.12.2019 г. история болезни №6762.

Поступила в онко центр с жалобами на наличие образования левой молочной железы. Прошла маммографию по скринингу. УЗИ молочных желез и РЛУ от 29.10.2019г-Зак: образования левой молочной железы. Suspicio neo. Проведена трепанобиопсия образования. Гистологическое заключение №15667-68 от 25.11.2019 г - в биоптате ткань м/ж. бду. Цитологическое заключение образования правой молочной железы №5928/2 от

19.11.2019г - на фоне элементов крови, клетки уплощенного эпителия, без признаков атипии.

По решению МДГ №2674 от 09.12.2019 г - рек-но: Широкая секторальная резекция левой молочной железы с экспресс биопсией. Госпитализирована на оперативное лечение.

Анамнез жизни, объективный статус в пределах возрастной нормы, клинико-лабораторные и инструментальные данные в пределах нормы.

11.12.19 г. произведена операция: широкая секторальная резекция молочной железы слева с экспресс гистологией. Оперирована под эндотрахеальным общим наркозом, длительность операции 45 мин (11:15-12:00)

В послеоперационном периоде пациентка находилась в отделение ОРИТ и в 16:00 переведена в отд. маммологии. Спустя 40-45 мин. после перевода стала жаловаться на першение в горле, затрудненное дыхание, стиснение в груди, шеи. Визуально развилась подкожная эмфизема верхней части грудной клетки, шеи и лица. Экстренно сделана КТ органов грудной клетки. Заключение: в клетчатке средостения, шеи и лица отмечается накопление свободных газов. На границе шейного и грудного отделов трахеи отмечается нарушение целостности задней стенки шириной 3,5 мм, протяженностью 28,5 мм. В верхней доле правого легкого отмечается очаг округлой формы размером 0,9x0,8 см. с четким контуром, плотностью +6,0 НУ. Сердце и грудной отдел аорты без особенностей.

**Заключение КТ** от 11.12.2019 г.: пневмомедиастинум. Подкожная эмфизема шеи и лица. Перфорация задней стенки трахеи. Очаг верхней доли правого легкого.

Созван консилиум. По решению консилиума: экстренно была произведена интубация трахеи ниже травмы под контролем ФБС. 11.12.19 г сделана операция (время операции 21:10-21:45). Шейная медиастинотомия. Дренирование заднего средостения по Разумовскому. Тампонирование заднего средостения. Продленный ИВЛ. Пациентка находилась в ОРИТ до 19.12.2019 г под активным наблюдением. Получала антибиотикотерапию, инфузионная терапия, антикоагулянты, симптоматическое лечение. Повторная КТ органов грудной клетки и средостения 23.12.2019 г –заключение: на контрольном обследовании органов грудной клетки нарушение целостности задней стенки трахеи отсутствует. Эмфизема средостения, подкожная эмфизема грудной стенки, шеи и в/3 плеча сохранена с уменьшением объема воздуха. Отмечается положительная динамика. Лабораторные данные в пределах нормы. Status localis: шов чистый, спокойный. Обработан. Асептическая повязка. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии, под наблюдение участкового врача. Рана зажила первичным натяжением.

**Выводы:** Осложнения в виде повреждении трахей (перфорации, расслоения, разрывы и т.д.) при интубации трахеи не так уж редки.

Среди ученых до сих пор отсутствует единого мнения относительно тактики лечения и ведения больных с постинтубационным повреждением трахеи.

#### **Рекомендации:**

- Тщательный сбор анамнеза для уточнения риска осложнений во время интубации трахеи.
- Для больных с группы риска дополнительно ввести ФБС до операции
- Непосредственно перед манипуляцией кончик интубационных трубок смазывать гидрофильной мазью
- Как альтернативный вариант к больным с повышенным риском разрыва трахеи при интубации применить эпидуральную анестезию (грудной отдел позвоночника).

#### **Литература**

1. Варганова Н.А. «Ятрогенные повреждения трахеи в практике анестезиолога». Медицина неотложных состояний. 2013;7:150-152.
2. Погодина А.Н., Николаева Е.Б., Болдина Д.А. «Диагностика и лечение механических повреждений трахеи».2008;185-187.
3. М.Б.Гуля, И.П. Радчук. «Ятрогенные повреждения трахеи» Образовательный форум «ошибки, опасности и осложнения в анестезиологии и реаниматологии» 17-18 февраль 2017 г. Москва
4. Зенгер В.Г. «Хирургия повреждений гортани и трахеи». М.: Медкнига; 2007.

5. Базаров Д. В. С соавт "Разрыв трахеи интубационной трубкой при эндоваскулярной имплантации аортального клапана» Журнал: Хирургия. им Н.И. Пирогова. 2017;(7): 54-58
6. Alassal ma, Ibrahim bm, Elsadeck n. Traumatic intrathoracic tracheobronchial injuries: a study of 78 cases. Asian cardiovasc thorac ann. 2014;22(7):816-823.

Түйін

Жантеев М.Е.<sup>1</sup>, Құлакеев О.Қ.<sup>1</sup>, Оңғарбаев Е.К.<sup>2</sup>, Исмаилов С.Т.<sup>2</sup>, Қалдыбеков Р.Б.<sup>2</sup>,  
Жұмагельдиева М.Н.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup>Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент, Қазақстан

#### КЕҢІРДЕКТИҢ ИНТУБАЦИЯЛЫҚ ТҮТІКПЕН ЖАРАҚАТТАНУЫ (клиникадан мысал)

Ұсынылған мақалада жалпы эндотрахеальды наркоз кезінде интубациялық түтікпен трахеяның ятрогенді зақымдануы туралы әдеби деректерге талдау жасалады. Мысалдар келтірілген және олардың пайда болуының негізгі механизмдері, зардап шеккендердің клиникалық белгілері, диагностикалық және емдеу критерийлері қарастырылған. Мақалаға Шымкент қалалық онкологиялық диспансерінде интубациядан кейінгі трахея жыртылуын сәтті емдеудің өзіндік бақылау материалдары қойылды.

**Кілт сөздер:** ятрогения, трахея жарақаттары, интубациядан кейінгі трахеяның жарылуы, жалпы наркоз.

Summary

Zhanteyev M.<sup>1</sup>, Kulakeyev O.<sup>1</sup>, Ongarbayev E.<sup>2</sup>, Ismailov S.<sup>2</sup>, Kaldybekov R.<sup>2</sup>, Zhumageldyeva M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

<sup>2</sup> City Cancer Center, Shymkent, Kazakhstan

#### INJURY OF TRACHEIA BY INTUBATION TUBE (a case from practice)

The presented article provides an analysis of the literature data on iatrogenic tracheal injury by an endotracheal tube during general endotracheal anesthesia. Examples are given and the most significant mechanisms of their formation, clinical data of victims, criteria for diagnosis and treatment are considered. The materials of our own observation of the successful treatment of post-intubation tracheal rupture in the Shymkent City Cancer Center are exhibited.

**Key words:** iatrogeny, tracheal injuries, post-intubation tracheal ruptures, general anesthesia.

#### Сведения об авторах:

**Жантеев М.Е.**- заведующий кафедрой, к.м.н., Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru), 8(7252)39-15-20(213)

**Құлакеев О.К.** – д.мед.н., профессор, Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru), 8(7252)39-15-20(213)

**Оңғарбаев Е.К.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Исмаилов С.Т.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Қалдыбеков Р.Б.** - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

**Жұмагельдиева М.Н.** - Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru), 8(7252)39-15-20(213)

УДК-616.012.5-089.8

Жантеев М.Е.<sup>1</sup>, Онгарбаев Е.К.<sup>2</sup>, Жунусбеков Ж. А.<sup>2</sup>, Абдилова К.Б.<sup>2</sup>, Сапаркулова П.С.<sup>2</sup>,  
Жантеева А.М.

<sup>1</sup> Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

<sup>2</sup> Городской онкологический центр, г. Шымкент, Республика Казахстан

## ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ДОБАВОЧНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАКА (случай из практики)

### Резюме

Развитие у женщины добавочной молочной железы или добавочной доли железы относительно редкий случай. Наличие этих желез определяется в пубертатном возрасте девочек, когда в организме начинаются гормональные перестановки. Они реагирует на гормональные сдвиги как и нормальные молочные железы. Чаще подвергаются к различным патологическим изменениям, в том числе и злокачественным перестройкам, чем нормальные молочные железы. Поэтому оперативное удаление их рассматривается как профилактика рака молочной железы.

**Ключевые слова:** добавочная молочная железа, опухоли, удаление, профилактика, рак молочной железы.

Молочные железы у человека начинают развиваться на 6 неделе внутриутробной жизни. Это парные, видоизмененные апокриновые железы, расположенные по передней поверхности тела, по молочной линии. С развитием плода молочные железы, кроме настоящих, подвергаются обратному развитию, постепенно уменьшаются в размерах и к моменту рождения ребенка полностью исчезают. При нарушении эмбриогенеза (экзогенные, эндогенные факторы) у некоторых из за нарушения инволюции молочного гребня по ходу молочной линии могут оставаться рудиментарные молочные железы или соски. В большинстве случаев добавочные молочные железы сформированы не полностью, часто изменены железистые структуры, нет выводного протока, соска и т.д. Реже встречаются и полностью сформированные, лактирующие железы. Описаны случаи добавочных молочных желез с двусторонним расположением.

Добавочные молочные железы могут располагаться в любом месте молочной линии, начиная от аксиллярной области до уровня половых губ, но наиболее типична подмышечная локализация. По данным некоторых исследователей частота локализации добавочных молочных желез в подмышечной области варьирует от 55 до 65% случаев [1,6].

Описан случай локализации полностью сформированных добавочных молочных желез (полимастия), и их хирургическая коррекция. Частота встречаемости таких аномалии развития составляет около 1% от общей популяции[2].

Из за анатомической и физиологической недоразвитии структуры в онтогенезе добавочные молочные железы чаще подвергаются к различным патологическим изменениям в том числе и онкологическим.

Такие сведения дают ученые из «Института хирургии им. А. В. Вишневского г. Москвы. Они описывают случай обнаружения у 33 летней женщины образования добавочной молочной железы, которое было удалено оперативным путем[3].

Аналогичную картину дают и другие авторы, которые описывают метапластическую карциному добавочной молочной железы, размером 3,5 x 7,0 см., которая была удалена широким иссечением, с последующей адьювантной лучевой терапией[4].

В 2001 был опубликована статья о случае обнаружения карциномы добавочной молочной железы справа непосредственной близости от нормальной груди[5].

Морфологическая картина опухолей добавочных молочных желез таковы около 79% составляют инфильтративный, протоковый рак, до 9,5% медуллярный и дольковый рак остальные гистологические формы встречаются реже [6].

Приводим пример из собственного наблюдения:

Больная А. 30лет поступает в маммологическое отделение ГОЦ г. Шымкент с жалобами на наличие опухолевидного образования и боли в подмышечной области слева, общую слабость.

**Из анамнеза** известно что образование имеется в течение 15 лет, последние 3 месяца беспокоят боли в области образования. Лечение не получала. Прошла УЗИ молочных желез и РЛУ от 02.04.2021г - В левой подмышечной области, ближе к молочной железе определяется образование без четких границ и контуров, по структуре схожее со структурой молочной железы размерами 7,0x8,0 см. Закл: Добавочная молочная железа слева. Госпитализирована на опер лечение в маммолог

Объективно в момент поступления общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, адекватное. Т тела 36,5 С. Нормостенического телосложения. Кожные покровы на момент осмотра телесной окраски, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Состояние подкожно-жировой клетчатки удовлетворительное. Эластичность хорошая. Тургор тканей сохранен. Данные со стороны внутренних органов и систем без особенностей. ЧДД -18 в 1 мин, Р-77 уд в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Аппетит удовлетворительный, физиологические отправления в норме. Локально: При осмотре молочные железы симметричные, обычной конфигурации и размеров, безболезненные. В левой подмышечной области имеется опухолевидное образование округлой формы, размерами 8,0x7,0 см, при пальпации мягко-эластической консистенции, подвижное вместе с кожей, безболезненное. Кожа над образованием телесного цвета, без признаков воспаления. Регионарные л/узлы не пальпируются. Смотрите на Рисунок 1.



Рисунок 1 – Добавочная молочная железа в подмышечной области

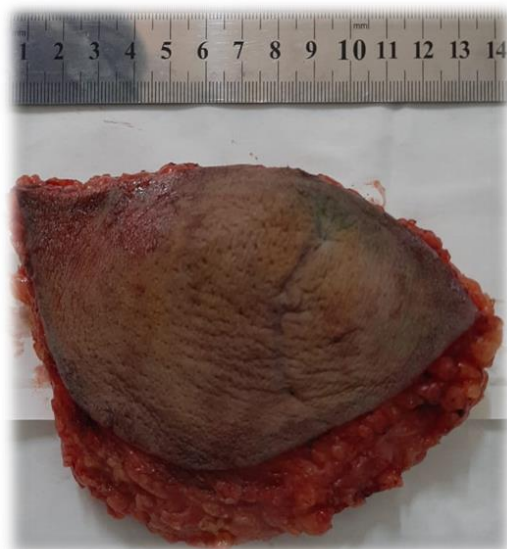


Рисунок 2 - Макропрепарат размером 10x10 см. с желистой структурой



Данные клинико-лабораторных и инструментальных исследований в пределах нормы:

На основании перечисленных данных выставлен клинический диагноз: **Добавочная молочная железа подмышечной области слева.**

Рекомендован оперативное лечение – удаление добавочной железы под общим обезболиванием.

После обработки операционного поля, в стерильных условиях, произведены два линейных кожных разреза вокруг левой добавочной молочной железы. Гемостаз по ходу операции достигнут путем электрокоагуляции и лигирования сосудов. Кожные лоскуты отсепарированы. Произведено удаление левой добавочной молочной железы. Дренаж, туалет операционной раны. Швы на рану. Спирт. Асептическая повязка, на Рисунке 3 видно гистология ткани.

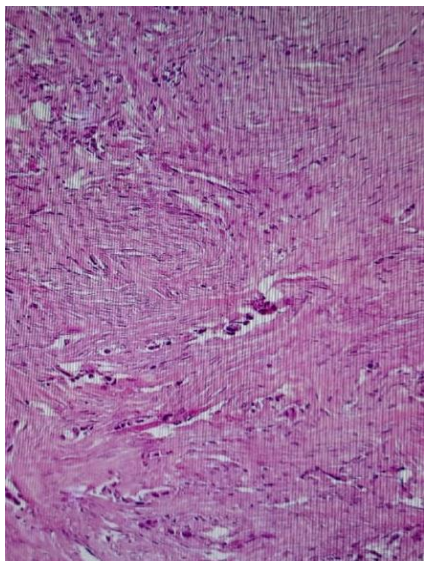


Рисунок 3 – гистология удаленной ткани – без атипии

**Макропрепарат** : удаленный препарат - добавочная молочная железа размерами 10,0x10,0 см, кожа над образованием не изменена, подкожно жировая клетчатка развита удовлетворительно. рисунок 2 Железистые структуры визуально без патологических изменений. Гистологическое исследование – без признаков атипии. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-11 сутки. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. Под наблюдение уч маммолога.



Рисунок 4 – Заживающая послеоперационная рана

**Выводы:** Учитывая частоту развития различных патологических изменений в добавочной молочной железе из-за несовершенства структуры (отсутствие соска, млечных протоков, частые стеснения, раздражения и т.д.) рекомендуется оперативное удаление добавочных молочных желез как профилактику развития инфильтративно-воспалительных изменений и злокачественных опухолей.

### Литература

1. Bertschinger K., Caduff R., KubikHuch R.A. et al. Intramammary and axillary lesions mimicking malignancy // Eur. Radiol. 2000. V. 10. P. 1029–1030.
2. Сарибекян Э.К., Ефанов В.В., Широких И.М. и др. Добавочные молочные железы. Случай из клинической практики // Исследования и практика в медицине. – 2015; 2 (4): 77–81.
3. Филиппова Е. М., Щеголев А.И., Дубова Е. А., Кармазановский Г. Г. Добавочная молочная железа и ее поражения. Москва: ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского Росмедтехнологий», 2008.
4. Saceres M., Shih J. et al. Metaplastic carcinoma in an ectopic breast // South Med. J. – 2002; 95: 23–4.
5. [J. Rho](#), [S. Juhng](#), [K. Yoon](#). Carcinoma originating from aberrant breast tissue of the right upper anterior chest wall : a case report. Medicine Journal of Korean Medical Science Published 2001
6. Greer K.E. Accessory axillary breast tissue // Arch. Dermatol. 1974. V. 109. P. 88–89.

### Summary

**Zhanteyev M<sup>1</sup>., Ongarbaev E<sup>2</sup>., Zhunusbekov J<sup>2</sup>., Abdilova K<sup>2</sup>., Saparkulova P<sup>2</sup>., Zhanteyeva A.**

1 South Kazakhstan Medical Academy. Shymkent. Kazakhstan

2 City Cancer Center. Shymkent. Kazakhstan

### OPERATIVE REMOVAL OF SUPPLIED BREAST AS A PREVENTION OF CANCER (case from practice)

The development of an accessory mammary gland or an accessory lobe of the gland in a woman is relatively rare. The presence of these glands is determined at puberty in girls, when hormonal changes begin in the body. They respond to hormonal shifts just like normal breasts. More often they undergo various pathological changes, including malignant changes, than normal mammary glands. Therefore, their surgical removal is considered as the prevention of breast cancer.

**Key words:** accessory mammary gland, tumors, removal, prevention, breast cancer.

### Түйін

**Жантеев М.Е.<sup>1</sup>., Оңғарбаев Е.К.<sup>2</sup>., Жүнісбеков Ж.А.<sup>2</sup>., Әбділова К.Б.<sup>2</sup>., Сапарқұлова П.С.<sup>2</sup>.,  
Жантеева А.М.**

1 Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, қаласы, Қазақстан Республикасы

2 Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

### ҚАТЕРЛІ ІСІКТІҢ АЛДЫН АЛУ РЕТІНДЕ, ҚОСАЛҚЫ СҮТ БЕЗІН ОПЕРАТИВТІ АЛЫП ТАСТАУ (клиникалық жағдай)

Қосалқы сүт безі немесе бездің қосалқы бөліктерінің кездесуі әйелдерде салыстырмалы түрде сирек кездеседі. Бұл бездердің болуы қыздарда жыныстық жетілу кезінде, организмде гормоналды өзгерістер басталған кезде анықталады. Олар әдеттегі кеуде сияқты гормоналды ауысуларға жауап береді. Сау сүт бездеріне қарағанда қосалқы сүт бездері әртүрлі патологиялық өзгерістерге, оның ішінде қатерлі ісіктерге де салыстырмалы жиі ұшырайды. Сондықтан оларды хирургиялық жолмен алып тастау сүт безі қатерлі ісігінің алдын алу ретінде қарастырылады.

**Кілт сөздер:** қосалқы сүт безі, ісіктер, сылып тастау, алдын-алу, сүт безі обыры.

### Сведения об авторах:

Жантеев М.Е. - заведующий кафедрой, к.м.н., Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан, e-mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru), 8(7252)39-15-20(213)

Оңғарбаев Е.К. – Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm, 8(7252)36-11-13

Жунусбеков Ж. А.- Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm,  
8(7252)36-11-13

Абдилова К.Б. – Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm,  
8(7252)36-11-13

Сапаркулова П.С. – Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm,  
8(7252)36-11-13

Жантеева А.М. - Городской онкологический центр, Шымкент, Казахстан, e-mail: onko-shm,  
8(7252)36-11-13

## ФАРМАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Суюнов Н. Д., Шарипова Д. У.

*Кафедра организация фармацевтического дела, Ташкентский фармацевтический институт,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан  
suyunovn.d.5555@gmail.com, тел. : +99 897 422 77 59*

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕН НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕПАТЕНТОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ САЛЬБУТАМОЛ

#### Аннотация

Проведен анализ цен на международный непатентованный препарат Сальбутамол для лечения детей с бронхиальной астмой производителями разных фармацевтических компаний. Выявлено, что самой оптимальной удобной для потребителей, являются лекарственные препараты Российских производителей.

*Ключевые слова: бронхиальная астма, сальбутамол, цены, детский контингент.*

#### Введение

Несмотря на многочисленные исследования и адекватные лечебно-профилактические меры, проблема бронхиальной астмы остается актуальной. Это заболевание – одно из самых распространенных хронических заболеваний, даже в детском возрасте. В ряде исследований в Республике Узбекистан установлено, что распространенность бронхиальной астмы колеблется от 3,1% до 8,2%. Это зависит не только от влияния внешних, региональных факторов, но и от состояния использования различных методов диагностики.

При добавлении препарата «Гемалин» к лечению детей с бронхиальной астмой быстро наблюдалась клиническая ремиссия, отмечалась нормализация показателей иммунологической реактивности [1].

Подобные исследования показывают, что от 4% до 8% населения мира страдает бронхиальной астмой и 5–10% – детский контингент. Аналитические исследования, направленные на прогнозирование, показывают, что к 2025 году темпы роста бронхиальной астмы, как ожидается, достигнут 100–150 миллионов пациентов. В Европе 30 миллионов пациентов страдают бронхиальной астмой. В Узбекистане темпы роста бронхиальной астмы среди населения и детей увеличились в 20 раз. Бронхиальная астма чаще встречается у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах. В Андижанской области бронхиальная астма ( $5,6 \pm 0,03\%$ ) была вторым по распространенности аллергическим заболеванием после аллергического ринита ( $12,7 \pm 0,19\%$ ).

Поиск решений существующих проблем в различных аспектах бронхиальной астмы идет хорошо, но многие вопросы о лечении этого заболевания остаются открытыми. Кортикостероиды наиболее эффективны для улучшения дыхания при лечении бронхиальной астмы, но также известно, что используемые кортикостероидные препараты могут вызывать побочные эффекты. В связи с этим, исследования в области фармакотерапии продолжают снижать дозы стероидных лекарственных препаратов, а также повышать их клиническую эффективность. Например, при исследовании 66 детей в возрасте 6–14 лет с различной степенью бронхиальной астмы было обнаружено, что одновременный прием монтелукаста с противовоспалительными лекарственными препаратами эффективен для улучшения клинического состояния детей [2].

Дети с бронхиальной астмой в возрасте от 1 месяца до 13 лет имели обструкцию дыхательных путей и гиперреактивность бронхов до дебюта симптомов, которая не ухудшалась при увеличении продолжительности симптомов бронхиальной астмы или ослаблялась при ремиссии. Это говорит о том, что обструкция дыхательных путей и гиперреактивность бронхов являются стабильными признаками детской бронхиальной астмы с неонатальной жизни, что подразумевает, что симптоматическое заболевание может частично быть следствием этих признаков, но не их причиной [3].

Анализ среди детей высока распространенность бронхиальной астмы, причем среди мальчиков чаще, чем среди девочек. Наблюдалась значительная обратная линейная связь с увеличением возраста, а также с семейным анамнезом бронхиальной астмы. Усилия должны быть направлены на скрининг и раннее выявление среди детей, особенно родителей, болеющих бронхиальной астмой, чтобы обеспечить лечение и снизить заболеваемость [4].

Важно понимать, что фенотипические различия, существующие у ребенка школьного возраста с бронхиальной астмой, могут влиять на основные сопутствующие состояния, а также на выбор фармакологического лечения. После начала терапии контроль над бронхиальной астмой должен постоянно оцениваться, чтобы оптимизировать лечение [5].

При лечении бронхиальной астмы большое значение имеет доступность лекарственных препаратов по ценам, как для больных, так и потребителей. Наиболее часто при лечении бронхиальной астмы у детей назначают бронхолитические лекарственные средства, зарегистрированные под международным непатентованным названием салбутамола.

**Цель** – сравнительное исследование цен на международный непатентованный препарат салбутамола для лечения, применяемый у детей с бронхиальной астмой.

**Материалы и методы.** Методы сравнительного анализа цен, полученных из «Сводной информации о продаже лекарственных средств и медицинских изделий», и цен на международный непатентованный препарат салбутамола противоастматических лекарственных препаратов для лечения бронхиальной астмы по торговым наименованиям.

**Результаты и их обсуждение.** Проанализировано влияние салбутамола, международного непатентованного препарата, применяемого при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких, на препараты, влияющие на периферические адренергические процессы при бронхиальной астме.

**Таблица** - Сравнительный цен лекарственного средство салбутамола под торговыми названиями

Торговое название	Оптовая цена, сум	Разница цен минимальной и максимальной, (сум)	Оптовые аптеки	Фирма-производитель	Страна производитель
1	2	3	4	5	6
Салбутамола аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	9000	17 838	«Good intent trade» ООО	«Алтайвитамир» ЗАО	Россия
Салбутамола аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	10000	16 838	«Good intent trade» ООО	«Алтайвитамир» ЗАО	Россия
Салбутамола GT аэрозоль, 100 мкг/доза 200 доза, 12 мл	12230	14 608	«Chesni pharm» ООО	Eastmount Invest L.P., Произведено Великобритании: Heilongjiang Province Fulekang Pharmaceutical Co., Ltd	Хитой
Салбутамола аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	12600	14 238	«Optima pharm» ООО	«Алтайвитамир» ЗАО	Россия
Салбутамола аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	13132	13 706	«ATM pharm» ООО	«Алтайвитамир» ЗАО	Россия
Салбутамола аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	13843	12 995	«Chesni pharm» ООО	«Алтайвитамир» ЗАО	Россия

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
Сальбутамол аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза, 12 мл	14705	12 133	«Chesni pharm» ООО	«Биннофарм» АЖ	Россия
Вентакорт аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза	24844	1 994	«Malxam servis» ООО	World Medicine Ilac San. Ve Tic. A.S.	Турция
Вентакорт аэрозоль, 100 мкг/доза, 200 доза	25054	1 784	ASKLEPIY Firmasi	World Medicine Ilac San. Ve Tic. A.S.	Турция
Вентолин аэрозоль, 100 мкг / 1 доза, 200 доза	26838	–	«Chesni pharm» ООО	GlaxoSmithKline Export Limited., Произведено Виликобритании: GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A.	Польша
Небутамол, раствор для ингаляции 1 мг /мл 2 мл, № 10	27546	144	«ATM pharm» ООО	«Юрия-Фарм» ООО	Украина

В таблице представлена информация по 5 лекарствам под 6 торговыми наименованиями, в аптеках 6 производителей и 6 оптовых аптек страны происхождения, учитываются цены 6 оптовых аптек 2-х наименований в зависимости от формы и дозировки

При анализе «ТМ Сальбутамол» аэрозоль, 100 мкг / доза, 200 доз, 12 мл, оптовых аптек ООО «Доброе намерение трейд», производитель ЗАО «Алтайвитамины», лекарственный препарат российского производства реализуется по оптовому ценам по 9000 сумов. Торговое наименование «Вентолин» аэрозоль, 100 мкг/1 доза, 200 доз, оптовых аптек ООО «Чеснифарм», Glaxo Smith Kline Export Limited., Производство Великобритании, Glaxo Smith Kline Pharmaceuticals S.A. Лекарственный препарат польского производства продается по оптовой цене 26 838 сумов. Разница между максимальной и минимальной ценами 10 международных непатентованных торговых наименований аэролизальбутамола составила 17 828 сумов.

**Выводы.** Проанализированы цены фармацевтических компаний и оптовых аптек на препараты для лечения бронхиальной астмы у детей. Сальбутамол является международным непатентованным препаратом. Разница между максимальной и минимальной оптовой ценой на лекарственные средства в виде аэрозоли, оптовая цена лекарственных препаратов в аптеках оптовых аптек составила 17 838 сумов, мкг / доза, 200 доз, 12 мл – самая оптимальная, удобная для потребителей, а оптимальной можно считать цену 9000 сум.

#### Литература

1. Ганиев А. Г., Саксимова М. Д., Нишанова Д. В. Комплексное лечение бронхиальной астмы у детей с применением препарата гемалина // Педиатрия. Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина». – 2019. – № 4, апрель, (32). – С. 14–23.
2. Абдуллаева М. Э., Ганиев А. Г. Комплексное лечение бронхиальной астмы у детей с применением монтелукаста // Журнал повторного здоровья. – № 1. – С. 41–48.
3. Hallas H.W., Chawes B.L., Rasmussen M.A., Arianto L., Stokholm J., Bønnelykke K., Bisgaard H. Airway obstruction and bronchial reactivity from age 1 month until 13 years in children with asthma: A prospective birth cohort study // PLoS Med. – 2019 Jan. 8;16 (1):–P.100–112. doi: 10.1371/journal.pmed.1002722.
4. Animesh Jain, Vinod Bhat H., Das Acharya. Prevalence of bronchial asthma in rural Indian children: a cross sectional study from South India // Indian J Pediatr. 2010 Jan; 77 (1) : – P. 31-35.
5. Carolyn M. Kerckmar, Cassie Shipp. The use of intravenous and inhaled magnesium sulphate in management of children with bronchial asthma // Immunol Allergy Clin North Am. – 2019. – May; 39 (2) : – P. 191–204. doi: 10.1016/j.iac.2018.12.004.

Түйін

Суюнов Н. Д., Шарипова Д. У.

Фармацевтикалық ісін ұйымдастыру кафедрасы, Ташкент фармацевтикалық институты,  
Ташкент қ., Өзбекстан Республикасы  
suyunov.n.d.5555@gmail.com, тел .: +99 897 422 77 59

### ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ПАТЕНТТЕЛМЕГЕН САЛЬБУТАМОЛ ПРЕПАРАТЫНЫҢ БАҒАСЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ ТАЛДАУ

Әр түрлі фармацевтикалық компаниялардың өндірушілері бронх демікпесі бар балаларды емдеуге арналған халықаралық патенттелмеген Сальбутамол препаратының бағасына талдау жасалды. Тұтынушылар үшін ең оңтайлы ресейлік өндірушілердің дәрі-дәрмектері екендігі анықталды.

*Кілт сөздер:* бронх демікпесі, сальбутамол, бағалар, балалар контингенті.

#### Annotation

Suyunov N. D., Sharipova D. U.

Department of Organization of Pharmaceutical Business, Tashkent Pharmaceutical Institute,  
Tashkent, Republic of Uzbekistan suyunov.n.d.5555@gmail.com, tel.: +99 897 422 77 59

### COMPARATIVE ANALYSIS OF PRICES FOR THE INTERNATIONAL GENERIC DRUG SALBUTAMOL

The analysis of prices for the international generic drug Salbutamol for the treatment of children with bronchial asthma by manufacturers of different pharmaceutical companies was carried out. It is revealed that the most optimal convenient for consumers are medicines of Russian manufacturers.

*Key words:* bronchial asthma, salbutamol, prices, children's contingent.

СОДЕРЖАНИЕ

<b>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
С.К. Тулеметов, Т.А.Ашуров, М.Ю.Акрамова УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ В ПОЛОВОЗРЕЛОМ ПЕРИОДЕ	2
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
Тажимурадов Р.Т. , Исабеков Н.А., Мамытхан Р.С., Пилалов Б.У., Рамазанов Ж.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ДОБАВОЧНОГО РАСТВОРА (БАД) В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	6
Алдешев А.А. ҚАН АЙНАЛЫМЫ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРГЕ ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ ІРІКТЕУДІҢ РӨЛІ	13
Коломиец В.М., Павленко Е.П., ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СТРАНАХ СНГ	17
Байтуреев М. С., Сарсенбаева Г.Ж. ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЖІТІ ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ	23
Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е., Ержанов Н.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ СТУДЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «СТОМАТОЛОГИЯ»	28
Жантеев М.Е <sup>1</sup> , Оңғарбаев Е.К <sup>2</sup> , Жүнісбеков Ж. А <sup>2</sup> , Аманбаев Б.А <sup>2</sup> , Жантеева А.М. ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ДАМЫҒАН СҮТ БЕЗІ РАҒЫН ОПЕРАТИВТІ ЕМДЕУ (практикада кездескен жағдай)	32
Жантеев М.Е <sup>1</sup> , Кулакеев О.К <sup>1</sup> , Оңғарбаев Е.К <sup>2</sup> , Исмаилов С.Т <sup>2</sup> , Калдыбеков Р.Б <sup>2</sup> , Жумагельдиева М.Н <sup>1</sup> . ПОВРЕЖДЕНИЕ ТРАХЕИ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКОЙ (случай из практики)	35
Жантеев М.Е <sup>1</sup> , Оңғарбаев Е.К <sup>2</sup> , Жунусбеков Ж. А <sup>2</sup> , Абдилова К.Б <sup>2</sup> , Сапаркулова П.С <sup>2</sup> . Жантеева А.М. ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ДОБАВОЧНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАКА (случай из практики)	38
<b>ФАРМАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАКОТЕРАПИЯ</b>	
Суюнов Н.Д., Шарипова Д.У. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕН НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕПАТЕНТОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ САЛЬБУТАМОЛ	43