



SOUTH KAZAKHSTAN
**MEDICAL
ACADEMY**



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

VESTNIK

№4(94), 2021

ТОМ 7

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN
SCIENTIFIC JOURNAL

ТОМ 7

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (94), 2021, ТОМ 7

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

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

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных 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 Казахстан,
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 Казахстана

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)



**НҮРСҮЛТАН НАЗАРБАЕВ ҚОРЫ ЖАНЫНДАҒЫ ҒЫЛЫМ ЖӨНІНДЕГІ КЕҢЕСІ және
ОҢТУСТІК-ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ
«Биология, медицина және фармацевтиканың даму болашағы» атты жас ғалымдар мен студенттердің VIII
халықаралық ғылыми конференциясы
9 – 10 желтоқсан 2021 жыл, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы**

**СОВЕТ ПО НАУКЕ ПРИ ФОНДЕ НУРСУЛТАНА НАЗАРБАЕВА и
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
VIII международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития
биологии, медицины и фармацевтики»
9-10 декабря 2021 года, город Шымкент, Республика Казахстан**

**THE SCIENCE COUNCIL under the NURSULTAN NAZARBAYEV FOUNDATION and the SOUTH
KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
the VIII International Scientific Conference of young scientists and students “Prospects for the development
of biology, medicine and pharmacy”
December 9-10, 2021**

Секция: «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОКРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Даденова Р.К., Каляр М.С., Мусахан М.М.

резидент-педиатры, 2-курс, отдел резидентуры, АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, rozalita_96@mail.ru

Научный руководитель Кемельбеков К.С. - ассистент кафедры педиатрии-2,

АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, kanat-270184@mail.ru

Актуальность. Достижения современной кардиохирургии теснейшим образом связаны с применением метода искусственного кровообращения (ИК)[1]. Однако, несмотря на значительный клинический опыт, накопленный в этой области медицины, метод искусственного кровообращения остается не безопасным, что объясняется сложностью проблемы, включающей технические, физиологические, хирургические и деонтологические аспекты[2-4].

Главной проблемой, возникшей на данном этапе, является применение донорской крови в кардиохирургии. Непосредственно с применением донорской крови связаны вопросы доставки и потребления кислорода во время перфузии, как следствие - сохранение постоянства внутренней среды организма. Перераспределение кровотока во время перфузии во многом зависит от вязкости крови, объемной скорости перфузии и волеми больного. Отдельной проблемой, нуждающейся в дальнейшем решении, стоит перенос инфекционных заболеваний, связанных с гемотрансфузией[5].

Расширение показаний к кардиохирургическим вмешательствам, увеличение количества операций сопровождающихся большим количеством осложнений связанных с применением донорской крови привело к необходимости проведения настоящего исследования.

Цель исследования: разработка стратегии уменьшения периоперационной кровопотери в ходе хирургических вмешательств у детей с кардиохирургической патологией.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 144 больных с врожденным пороком сердца в возрасте от 0 до 5 лет, которым последовательно в течение одного календарного года (2020) было выполнено 130 операции в условиях искусственного кровообращения в г.Шымкенте (ОДБ).

Все дети с врожденными пороками сердца были госпитализированы за 3-5 дней до операции. За этот период проводилась эксфузия аутокрови от 3-х до 6-ти % от ОЦК, в среднем 15-20 мл, для первичного объема заполнения в аппарат искусственного кровообращения. Возмещение объема циркулирующей крови осуществлялось введением коллоидного или кристаллоидного раствора в соотношении 1:1, параллельно проводилась профилактика анемии препаратами железа.

Результаты и обсуждения: в результате проведенной работы к моменту операции показатели крови были в пределах допустимой нормы. Ег-3,8-4,1; Нб- 110-125г/л; Нт- 32-37. В 6-8% случаях прибегали к дополнительному переливанию донорской крови, в связи с длительностью и объемом операции сопровождающейся хирургическим кровотечением. Повторные операции, выполнявшиеся на фоне адгезивного процесса в полости перикарда и требовавшие кардиолиза, не редко и рестернотомии, предприняты в 6 (3,4%) наблюдениях. Искусственная кровообращения в среднем продолжалось на протяжении 92,7±59,1 (Ме 78 мин). При этом средняя температура в прямой кишке составляла 32,6±2,9°С. Аорта пережималась в 108 случаях в среднем на протяжении 44,7±32,6 (Ме 43 мин). В 7 (4,9%) наблюдениях выполнялась ультрафильтрация.

Выводы: проведенного исследования показало, что 88% детей были прооперированы с применением компонентов аутокрови, которое позволило избежать осложнений, связанных при переливании донорской крови, таких как: аллергические реакции, анафилактические реакции, трансфузионные осложнения, связанные с консервированием и хранением крови, пирогенные реакции, эмболии, синдром массивных трансфузий, инфекционные осложнения при трансфузиях, вирусные гепатиты, СПИД.

Список литературы

1. Blommaert, D. Effektive prevention of atrial fibrillation by continuous atrial overdrive pacing after coronary artery bypass surgery / D. Blommaert, M. Gonzalez, J. Mukumbitsi // J. Am. Coll. Cardiol. 2014. - May. - Vol. 35. - P. 1411-1415.

2. Liberman, J. A. Critical oxygen delivery in conscious humans is less than 7.3 ml O₂ x kg⁻¹ x min⁻¹. / S. A. Liberman, R. B. Weiskopf, S. Kelley // Anesthesiology. 2018. - Vol. 340. - № 6 - P. 409-417.
3. Huet, R. Red blood cell aggregation during cardiopulmonary bypass: a pathogenic cofactor in endothelial cell activation? / R. Huet, W. A. Siemons, W. van Oeveren // Eur J Cardiothorac Surgery 2014. - Nov. - Vol. 26. - 5. - P. 939946
4. Franke, A. Proinflammatory and antiinflammatory cytokines after cardiac operation: different cellular sources at different times / A. Franke, W. Lante, V. Fackeldey // Ann. Thorac. Surg. 2002. - Vol. 74. - P. 363-371.
5. Dalrymple-Hay, M. J. Autotransfusion decreases blood usage following cardiac surgery — a prospective randomized trial. / M. J. Dalrymple-Hay, S. Dawkins, L. Pack // Cardiovasc. Surg. 2001. - Vol. 9. - № 2. - P. 184-187.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Каляр М.С., Байырбекова Б.Ж.

резидент-педиатры, 2-курс, отдел резидентуры, АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, makpal_k@mail.ru
Научный руководитель Кемельбеков К.С. – декан интернатуры и трудоустройства выпускников, АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, kanat-270184@mail.ru

Актуальность. Врожденные пороки сердца представляют собой весьма обширную и разнородную группу заболеваний, в которую входят как относительно легкие формы, так и состояния, несовместимые с жизнью ребенка[1-3]. ВПС образуются как следствие нарушений процессов эмбриогенеза сердца или задержки его нормального формирования в постнатальном периоде[4].

Врожденный порок сердца (ВПС) – дефект в структуре сердца и крупных сосудов. Большинство пороков нарушают ток крови внутри сердца или по большому (БКК) и малому (МКК) кругам кровообращения[5,6]. ВПС составляют 30% всех врожденных пороков развития и занимают третье место после аномалии опорно-двигательного аппарата и ЦНС. Не смотря на это, в структуре смертности, связанной с пороками развития, они находятся на первом месте[7].

Цель исследования: изучение структура заболеваемости ВПС и статистика их оперативного лечения в кардиохирургическом отделении «Областная клиническая детская больница» ТО (ОКДБ).

Материалы и методы исследования: проанализированы истории болезни пациентов с ВПС, находившихся на лечении в кардиохирургическом отделении «Областная клиническая детская больница» ТО (ОКДБ) за период с 2019 по 2020гг. эндоваскулярные хирургические вмешательства были выполнены у 201 больных с ВПС в возрасте от 0 до 18 лет (средний возраст 8,0±2 года). Среди них преобладали мальчики (63%).

Результаты и обсуждения: за период с 2018 по 2020 эндоваскулярные хирургические вмешательства были выполнены у 201 больных с ВПС в возрасте от 0 до 18 лет (средний возраст 8,0±2 года). Операции: ДМПП с ИК было 5 (2,48%) пациентов; ДМПП-2 60 (29,8%); операции по перемещению аномально дренирующих легочных вен в левое предсердие с ИК – 1 (0,5%); ДМЖП – 23 (11,4%); открытого артериального протока – 34 (16,9%); эндоваскулярные операции с использованием окклюдеров “Амплатсера” – 110 (54,7%); измерение ДМПП баллоном – 53 (26,3%). Всем пациентам, помимо общего обследования, проводилось УЗДГ, трансторакальная ЭхоКГ, катетеризация полостей сердца и легочной артерии с регистрацией давления и ангиокардиографией. При ОАП дополнительно выполнялась аортография. Методики эндоваскулярного хирургического вмешательства заключались в проведении пункции и чрескожной катетеризации бедренных сосудов в условиях рентгеноперационной, оснащенной ангиографической установкой. Баллонная вальвулопластика и имплантация окклюдеров осуществлялась под внутривенным наркозом. Поле проведения эндоваскулярного хирургического вмешательства, его эффективность оценивалась по данным ЭхоКГ исследования, ангиокардиографии и грудной аортографии. Заболеваемость врожденными пороками сердца остаётся существенной. В последние годы доля операций по поводу этих заболеваний составляет 5,4% всех кардиохирургических вмешательств. Доминирующая патология — ДМПП. Наиболее частыми осложнениями септальных дефектов бывают трикуспидальная недостаточность (83%) и лёгочная гипертензия (77%). Доля отказов в хирургическом лечении за последние годы уменьшилась с 28,8 до 3,7%. В настоящее время значительное число операций (90%) выполняют эндоваскулярным методом. Есть опыт его применения при ДМПП-2 и ОАП. Техническая эффективность

РЭХВ была достигнута в 97,5% случаев. Врождённые пороки сердца характеризуются выраженными гемодинамическими нарушениями, приводящими к лёгочной гипертензии и трикуспидальной недостаточности, поэтому требуют ранней диагностики и своевременного, до наступления осложнений, лечения. Эндovasкулярные методы лечения характеризуются малой травматичностью, минимальными осложнениями и хорошими ближайшими и отдалёнными результатами.

Выводы: ВПС по распространенности, в сравнении с другими врожденными пороками развития, сохраняют лидирующие позиции не только на территории РК, но и в мире в целом. Большинство факторов риска, влияющих на формирование ВПС, являются частично управляемыми, о чем говорят многочисленные исследования. Это подчеркивает важность программ в области общественного здравоохранения, направленных на предотвращение дальнейшего роста распространенности ВПС в популяции.

Литература

1. Бокерия Л.А., Горбаческий С.В., Марасулов Ш.И., Белкина М.В. Особенности клинического течения и динамики лёгочной гипертензии при дефекте межпредсердной перегородки у больных старше 40 лет, перенёсших хирургическую коррекцию // Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Серд.-сосуд. забол. 2008. Т. 9, №2. С. 94-101. 6

2. Сосновская Е.А., Легконогов А.В. Особенности врождённых пороков сердца у взрослых // Крымский ж. эксп. и клин. мед. 2011. №1. С. 129-131.

3. Крупянко С.М., Милюевская Е.Б., Ермоленко М.Л. Качество жизни после хирургического лечения врождённых пороков сердца у взрослых пациентов // Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Серд.-сосуд. забол. 2014. Т. 15, №2. С. 26-35.

4. https://kopilkaurokov.ru/biologiya/prochee/issliedovatel_skaia_rabota_vrozhdennyye_poroki_sierdtsa_u_dietiei

5. http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2013/2013-11/M_11-13_9-12.pdf

6. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/congenital-heart-defec

7. <https://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2012/01/Вестник-5-2010.pdf>

8. <http://www.kazan-medjournal.ru/ru/2015/4/96p623>

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА)

Кенес Б., Тажибаева С., Турсиметова Н., Шаймырзақызы А., Юлдашев О.

резиденты-неонатологи, 1-курс, кафедра «Педиатрия-2», отдел резидентуры, АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, otabek_dehkanbaev4@mail.ru

Научный руководитель Кемельбеков К.С. – декан интернатуры и трудоустройства выпускников, АО ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан, kanat-270184@mail.ru

Актуальность исследования: Развитие современных технологий в неонатологии способствует совершенствованию методов выхаживания и оказания специализированной медицинской помощи новорожденным со сроком гестации менее 37 нед, или 259 дней. Согласно данным отечественных и зарубежных исследований, показатель частоты преждевременных родов в различных странах варьирует от 5 до 15% [1, 2]. Как результат, в структуре новорожденных ежегодно регистрируется увеличение числа детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении [3]. Известно, что маловесные дети являются группой риска по перинатальной и младенческой смертности, а также развитию тяжелых инвалидизирующих состояний [1, 2]. Кроме того, низкая масса тела при рождении сопряжена с трудностями диспансеризации и реабилитации таких пациентов в различные возрастные периоды жизни [3]. Поиск факторов, ассоциированных с рождением маловесных детей (< 2500 г), необходим для фокусного формирования групп диспансерного наблюдения женщин, планирующих беременность [3]. В настоящее время опубликовано достаточное количество исследований, посвященных анализу различных факторов риска преждевременных родов, которые показали связь рождения маловесного ребенка не только с биологическим анамнезом матери, но и с ее социальными характеристиками [4].

Цель. Изучить факторы риска рождения маловесных детей для прогноза беременности и перинатальных исходов у беременных женщин.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ истории родов женщин за период от 2018 по 2020 гг. в областном перинатальном центре с риском рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития. В основную группу вошли 111 женщин, родившие доношенного ребенка с синдромом задержки внутриутробного развития (массой тела при рождении менее 2500 г).

Результаты. Нами была предпринята попытка оценить этиологию ЗВУР, выделив рекомендуемые в литературе 4 основных группы факторов риска заболевания. Первая группа – социально –биологические факторы риска. Для этого уточнялись возраст рожениц, их профессия и род занятий. Выявлено, что в 4(3,6%) случаев отмечалось рождение детей с ЗВУР от возрастных первородящих и в 24 (21,6%) случаев – от юных первородящих. При учете профессии и профессиональных вредностей выявлено, что большинство женщин 81 (72,9%) были неработающими (домохозяйками), в подавляющем большинстве случаев имеющих низкий материальный уровень в семье; 26 (23,4%) родильниц работающие, 4 (3,6%) родильниц были учащимися и студентками, у которых психологические и физические нагрузки, а также недостаточное и несбалансированное питание оказали крайне неблагоприятное воздействие на развитие плода. Вторая группа факторов риска представляет из себя так называемые материнские факторы, приводящие к задержке развития плода. Так, среди сопутствующих заболеваний матери в 9(8,1%) случаев отмечалась сердечно-сосудистая патология, в 2 (1,8%) случаев – воспалительные заболевания женских половых органов, в 7 (6,3%) случаев – эндокринные расстройства (диффузный зоб). Далее, по частоте встречаемости, отмечалась патология почек (хронический пиелонефрит) и инфекционные заболевания матери (гепатит, ОРВИ). Третья группа факторов –плацентарные факторы риска. Роды у пациенток протекали с осложнениями и характеризовались: дефектом развития плаценты - 2 (1,8%), обвитием пуповины вокруг частей тела ребенка - 17 (15,3%), маловодие - 20 (18,0%) пациенток. К четвертой группе факторов риска (плодовым факторам) относятся многоплодная беременность, хромосомные заболевания, наследственные аномалии обмена веществ, врожденные пороки развития, генерализованные внутриутробные инфекции. По данным ретроспективного анализа беременность осложнялось преэклампсией легкой и тяжелой степени у 31 (27,9%) женщин, ранними токсикозами в виде рвоты, слюнотечения у 14 женщин (12,6%). У 20 женщин (18,0%) беременность осложнялось угрозой прерывания беременности в основном в I и II триместре гестации. 85 женщин перенесла ОРВИ во время беременности, что составило 76,6%. По данным УЗИ у 5 женщин выявлена низкая плацентация (4,5%) и у 20 женщин маловодие, что составило 18,0%.

Выводы. Состояние беременных и отклонения от нормального течения беременности отражается в антенатальном периоде на развитии плода. Нормальное внутриутробное развитие плода зависит от оптимального уровня обменных процессов в организме матери. Изменение этих условий ведет к нарушению метаболизма и к кислородному голоданию плода, что в конечном итоге может быть причиной рождения маловесных детей.

Литература

1. Ancel PY. [Epidemiology of preterm births. (In French).] Rev Prat. 2012;62(3):362–365.
2. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Методическое письмо / Под ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева, В.И. Широковой. — М.; 2012. — 5 с.
3. Soll RF. Progress in the care of extremely preterm infants. JAMA. 2015;314(10):1007–1008. doi: 10.1001/jama.2015.10911.
4. Деев И.А., Куликова К.В., Куликов Е.С., и др. Анализ факторов риска рождения ребенка с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Мать и дитя в Кузбассе. — 2016. — №2 — С. 10–15.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХЛОПКОСЕЮЩЕМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Р.Жумадилова, PhD., Бегимбаева А.Е., кафедра «Введение в клинику»
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Введение. Республика Казахстан является регионом, где хлопководство является одной из важнейших отраслей сельскохозяйственного производства и текстильной промышленности, которая в последние десятилетия испытывает новый подъем [4,5]. Женское население составляет наибольший удельный вес среди работников данной отрасли, сосредоточенной на юге страны. На протяжении длительного времени в хлопковой промышленности широко использовались хлорорганические пестициды.

Цель исследования: Изучение частоты и структуры гинекологической заболеваемости у девочек-подростков, проживающих в хлопкосеющем регионе, в период драматических изменений, когда ребенок проходит через последовательные этапы развития для достижения зрелости репродуктивной системы [1]. В этот период организм подростков наиболее чувствителен к воздействию различных неблагоприятных факторов окружающей среды [2,3].

Материалы и методы обследования: исследования было проведено 524 девочек - подростков в возрасте 10-17 лет. В зависимости от места проживания они были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 253 девочки, которые родились в период с 1996 по 2003 г.г. и проживали на территории Сары-Агашского района, где широко применялись хлорорганические пестициды при выращивании хлопка до 2008 года, пока Казахстан не ратифицировал Стокгольмскую конвенцию и запретил их применение. Во вторую (сравнительную) группу вошла 271 девочка, которые родились и проживали на территории Сайрамского района, где ведущей отраслью сельского хозяйства является животноводство. В данном регионе никогда не выращивался хлопок, и не применялись хлорорганические пестициды. Все обследуемые девочки проживали в сельских районах, т.е. были сопоставимы по социально-бытовым и климатогеографическим факторам. Так, в основной группе среди нарушений менструального цикла преобладал гипоменструальный синдром (33,3%), в то время как в сравнительной – ювенильные маточные кровотечения (56,3%). На втором месте в структуре нарушений менструального цикла у девочек основной группы находились ювенильные маточные кровотечения - 27,8%, на третьем – болезненные менструации (22,2%). На третьем месте в структуре гинекологической заболеваемости находился предменструальный синдром, который проявлялся в виде раздражительности, повышенной утомляемости, приступов депрессии, болезненности живота, молочных желез во второй половине менструального цикла, имел циклический характер.

Результаты и обсуждение. Для выполнения цели исследования нами был проведен анализ экстрагенитальной заболеваемости и патологии женской половой сферы в сравниваемых группах.

Результаты исследования показали, что частота гинекологической заболеваемости у девочек основной группы составила 14,6%, в то время как в сравнительной – 11,1%.

В структуре гинекологических заболеваний ведущее место занимают нарушения менструального цикла (48,6% - в основной группе и 53,3% - в сравнительной группе)

При анализе структуры нарушений менструального цикла в сравниваемых группах установлены различия

Заключение: Таким образом, результаты обследования показали, что девочки-подростки основной группы родились и проживали на территории, где широко применялись токсичные хлорорганические пестициды. Для девочек-подростков, проживающих в зоне воздействия пестицидов, установлена повышенная гинекологическая и соматическая заболеваемость. У них достоверно чаще встречались гипоменструальный синдром, болезни дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Все эти факторы способствуют снижению репродуктивного потенциала, что в последующем может отразиться на демографических показателях региона. В связи с этим, данный контингент девочек, нуждается в проведении оздоровительных мероприятий [4,5].

Литература

- Marisa M. Fisher and Erica A. Eugster What is in our environment that effects puberty? *Reprod Toxicol.* 2014 April; 44: 7–14. doi:10.1016/j.reprotox.2013.03.012.
- Гуркин Ю.А Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей - МИА, 2009 - 696 с.
- К.Ж. Кульбаева Оздоровление девочек-подростков – условие безопасного материнства //Eurasian Journal of Public Health.- 2012.- №1. - с.39-41
- Закон Республики Казахстан от 21.07.2007 №298-III «О развитии хлопковой отрасли».
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 сентября 2006 года № 895 Об утверждении Программы развития специальной экономической зоны «Оңтүстік» на 2007-201

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ

А.Р.Жумадилова, PhD., Абабакирова Д.Т., кафедра «Введение в клинику»
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Введение. Проблема охраны репродуктивного здоровья остается актуальной проблемой современного акушерства. Пубертатный период играет важную роль для человеческого организма. Это - период драматических изменений, когда ребенок проходит через последовательные этапы развития для достижения зрелости репродуктивной системы [1]. В этот период организм подростков наиболее чувствителен к воздействию различных неблагоприятных факторов окружающей среды

Цель исследования: изучение особенностей физического и полового развития девочек-подростков, проживающих в зоне воздействия пестицидов

Материалы и методы обследования: исследования было проведено основная группа Основная группа (n=253) девочек – подростков и сравнительная(n=271) девочек – подростков в возрасте 10-17 лет. В зависимости от места проживания они были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 253 девочки, которые родились в период с 1996 по 2003 г.г. и проживали на территории Сары-Агашского района, где широко применялись хлорорганические пестициды при выращивании хлопка до 2008 года, пока Казахстан не ратифицировал Стокгольмскую конвенцию и запретил их применение. Во вторую (сравнительную) группу вошла 271 девочка, которые родились и проживали на территории Сайрамского района.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали (таблица 10), что масса тела в сравниваемых группах достоверно отличалась в возрасте 10-12 лет ($p < 0,001$) и 16-17 лет ($p < 0,05$), в то время как в 13-15 лет достоверных различий не установлено ($p > 0,05$). Основной прирост массы тела приходится у девочек основной группы на возраст 13 лет и составляет в среднем $6,0 \pm 0,4$ кг в год, что соответствует времени появления менархе, в то время как в сравнительной группе максимальный прирост массы тела происходит на год раньше, составляя $5,3 \pm 0,3$ кг в год.

Средняя масса тела в возрасте менархе составила в сравнительной группе – $45,3 \pm 0,6$ кг, в то время как в основной группе – $45,6 \pm 0,7$ кг.

Следует отметить, что динамика прироста массы тела в основной группе происходила более скачкообразно по сравнению со сравнительной группой, причем второй существенный скачок происходит в возрасте 17 лет, составляя в среднем $4,5 \pm 0,3$ кг в год. Измерение наружных размеров таза показало, что *d.spinae* оказалась достоверно ниже в основной группе по сравнению со сравнительной во все возрастные периоды, в то же время *d.cristarum* в возрасте 10-13 лет достоверно не отличалось, а с 13 лет отмечается ее достоверное увеличение ($p < 0,05$). Следует отметить, что не выявлено достоверных различий в *d. trochanterica* ($p > 0,05$). Измерение *s. externa* показало ее достоверное снижение у девочек основной группы на протяжении всего периода полового созревания по сравнению со сравнительной группой, интенсивное увеличение наружной конъюгаты отмечено до 15 лет, затем процесс роста замедляется и достигает к 17 годам – $17,5 \pm 0,1$ см в основной группе против $18,0 \pm 0,2$ см – в сравнительной.

Динамика темпов прироста суммы наружных размеров таза показала, что интенсивное увеличение размеров таза в обеих группах приходится на 14 лет. Имеющийся относительный дефицит массы тела у девочек основной группы, проживающих в зоне воздействия пестицидов, а также сдвиг пубертатного прироста данного антропометрического показателя на более поздний возраст, может способствовать формированию нарушений репродуктивной системы уже в периоде полового созревания. Отмечается достоверное отставание длины тела сидя у девочек основной группы по сравнению с их сверстницами из сравнительной группы на протяжении всего пубертатного периода. Массо-ростовой коэффициент в сравниваемых группах имел тенденцию к увеличению на протяжении периода полового созревания, однако не имел достоверных различий между ними

Заключение: Таким образом, у девочек-подростков, подвергшихся воздействию неблагоприятных факторов хлопкового производства, отмечается отставание основных антропометрических параметров по сравнению с их сверстницами и к концу пубертатного периода прослеживается тенденция к формированию плоского таза. Это может быть проявлением недостаточной функции яичников у данного контингента девочек.

Литература

- Marisa M. Fisher and Erica A. Eugster What is in our environment that effects puberty? *Reprod Toxicol.* 2014 April; 44: 7–14. doi:10.1016/j.reprotox.2013.03.012.
Гуркин Ю.А Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей - МИА, 2009 - 696 с.

К.Ж. Кульбаева Оздоровление девочек-подростков – условие безопасного материнства //Eurasian Journal of Public Health.- 2012.- №1. - с.39-41

Закон Республики Казахстан от 21.07.2007 №298-III «О развитии хлопковой отрасли».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 сентября 2006 года № 895 Об утверждении Программы развития специальной экономической зоны «Оңтүстік» на 2007-201

ST СЕГМЕНТІНІҢ ЭЛЕВАЦИЯСЫ БАР ЖІТІ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМ НАУҚАСТАРЫНЫҢ БОЛЖАМҒА БАЙЛАНЫСТЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бекназарова З.А., Джубанишбаева Т.Н., Саркулова И.С., Бархыбаева Н.А.

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медкампусы

Маңыздылығы: Жіті коронарлық синдром (ЖКС) мәселесі бүкіл әлемде өзектілігін жоғалтқан жоқ, ол халықаралық регистрлер деректерімен дәлелденеді. Жіті коронарлық синдром (ЖКС) өзектілігіне Америкалық (ACC/ANA, 2006) және Еуропалық кардиологтар қоғамының (Eur.HeartJ., 2006) беделді кеңестерінде және Ресей кардиологтар қоғамының сәйкес нұсқаулықтарында айрықша көңіл бөлінген (ВНОК, 2006). Осыған байланысты мезгілсіз жүрек өлімі және аурудың сәтсіз болжамы қауіп факторларының мүмкін предикторларын зерттеу маңызды міндет болып табылады [1,2].

Зерттеудің мақсаты: ST сегментінің элевациясы бар жіті коронарлық синдром науқастарының болжамға байланысты клиникалық ерекшеліктерін анықтау

Материал және әдістер. Зерттеуге 2017 жылдың қазан айы мен 2019 жылдың қаңтар айы аралығындағы Оңтүстік-Қазақстан облыстық кардиологиялық орталықтың қабылдау бөліміне түскен ST сегменті элевациясы бар 54 жіті коронарлық синдром науқастары алынды.

Зерттеу нәтижелері Зерттелінген іріктеуде жіті коронарлық синдром бар 18 (33,3%) пациентте байқау кезеңіндегі бір жыл көлемінде сәтсіз аяқталу болды.

Сәтсіз коронарлық жағдайлар құрылымында жіті коронарлық синдром 15 қайталанған жағдай болды (27,8%). Жіті коронарлық синдром рецидиві бойынша пациенттерді госпитализациялау кезінде стент өткізгіштігін және коронар ағысының жағдайын анықтау үшін міндетті түрде коронароангиография жасалынды.

Коронароангиография деректерінің негізінде анықталғаны, 8 пациентте жағдайдың дестабилизациясы стент тромбозы себебінен болды (14,8%), оның ішіндегі екі жағдай – стенттің ерте тромбозы, ал 7 пациентте – стент рестенозы себебінен 50% астам, ол зерттелінетін барлық пациенттердің 12,9% құрады. Стент рестенозы анықталған 5 пациентте қайталанған жіті коронарлық синдром стенттелген артерия әсері аумағында, ал екі науқаста басқа КА бассейнінде тіркелгенін айтып өту қажет.

Зерттелінетін іріктеу пациенттері арасында үш пациентте (5,6%) өлім нәтижесі байқалды, оның ішінде госпиталды өлімнің екі жағдайы (ерте стент тромбозы себебінен). Бір пациентте өлім себебі анықталмады.

Байқау кезеңінде жіті ми қан айналымының, коронарлық шунттау жасау және электрокардиостимуляторды имплантациялау мақсатында госпитализациялаудың бір де бір жағдайы тіркелмеді.

ST сегменті элевациясы бар жіті коронарлық синдром науқастарының сәтсіз болжамын анықтайтын факторларды бөлу үшін, барлық пациенттер екі топқа бөлінді. Топқа бөлуге келесі критерийлер негіз болды - байқаудың 12,0±4,3 ай көлемінде жіті коронарлық синдром болуы, өлім және қайталанған жіті коронарлық синдром дамуы.

Бірінші топқа (I) жоғары айтылған сәтсіз жағдайлар байқалған 18 пациент кірді, екінші топқа (II) – асқынулары жоқ 36 пациент кірді.

Анамнездік мәліметтер, зерттеудің функционалды әдістерін қолданған физикалды және инструменталды тексерудің параметрлері екі байланыспаған топта Манн–Уитни критерийі бойынша сандық белгілердің пара-метрлік емес салыстыру әдісін қолданып жасалды, ал топтарды сапалық белгілер бойынша салыстыру үшін - 2x2 тіркесу кестесі көмегімен Пирсон χ^2 коэффициентін қолданып жасалынды. Талдама нәтижесі 3 кестеде берілген.

ЖИА келесі негізгі қауіп факторлары – анамнезінде жіті ми қан айналу және АГ болуы, гендерлік және жастық көрсеткіштер бойынша топтарды салыстырмалы талдау кезінде маңызды айырмашылықтар анықталмады. Сондай-ақ ауру нәтижесіне ЭХО-КГ мәліметтері бойынша СҚ миокардының глобалды жиырылуының азауы статистикалық маңыздылықты көрсетпеді.

Жіті коронарлық синдром науқастарында жүрек жиырылу жиілігінің бірталай өзгеруімен қатар жүрегі аритмиялар көбінесе қан айналу жетіспеушілігінің жіті дамуына алып келеді. Госпиталды кезеңде пайда болатын жүрек ырғағының бұзылыстары қазіргі таңда кардиалды өлімнің негізгі себебі болып қалатыны осымен түсіндіріледі. ST сегментінің элевациясы бар Жіті коронарлық синдром науқастарында көп

жағдайда әр түрлі жүрек ЫжӨБ пайда болады, олар негізгі ауру ағымын күрделендіреді және оның болжамын нашарлатады [2].

Біздің зерттеуде БТА ревазуляризациясынан кейін ауру ағымына әсер ете алатын гемодинамика, ЫжӨБ жіті бұзылыстарының болжамдық құндылығын растайтын деректер алынды. Жіті басталған ЫжӨБ болуы СКЖ басталу қаупін 5,8 есе жоғарылатады (МҚ (95% ДИ)=5,81 (2,8;12,08); $p<0,0001$) ST элевациясы бар Жіті коронарлы синдром науқастарында. Killip III бойынша ЖЖ жоғары классы сәтсіз нәтижелер даму қаупін 19 есе көбейтеді (МҚ (95% ДИ)=19,02 (1,0;360,4); $p<0,049$), ал IV – 28,6 есе (МҚ (95% ДИ)=28,6 (1,58; 519,38); $p=0,023$).

Өз кезегінде Killip бойынша I - ден көп емес ЖЖ төмен классы байқаудың бір жыл көлемінде СКЖ даму қаупін статистикалық маңызды төмендетеді (МҚ (95% ДИ)=0,08 (0,03; 0,18); $p<0,0001$).

II топ науқастарымен салыстырғанда I топ пациенттерінде темекі тартушылардың көп санына байланысты статистикалық маңызды ауырланған анамнез болды (72,2 қарсы 58,3; $\chi^2=3,99$; $p=0,045$) және ЖІТІ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМ бойынша госпитализация алдында бір жылдан астам стенокардия клиникасы бар науқастар (61,1% қарсы 44,4%; $\chi^2=3,72$; $p=0,049$). Зерттелінетін топтардағы көрсеткіштер талдамасы анамнезінде темекі тарту СКЖ даму қаупін 2,15 есеге көбейткенін анықтады (МҚ (9,5% ДИ) = 2,15(1,0;4,58); $p = 0,047$), ал стенокардия клиникасының болуы – 1,9 есе (МҚ (95% ДИ) = 1,94 (0,98;3,85); $p = 0,050$) ST элевациясы бар Жіті коронарлы синдром науқастарында ТКШҚ кейін бір жыл көлемінде.

Зерттелінетін науқастар тобында пациенттер саны бойынша 2 типті ҚД пациенттері арасында айырмашылықтар анықталмады, (16,7% I топта және 8,3% II топта; $\chi^2=2,1$; $p=0,149$), сол кезде әдебиет деректері бойынша Жіті коронарлы синдром пациенттерінде гипергликемияның болуы СКЖ даму қаупін аурудың ерте кезеңінде де, кейінгі кезеңінде де жоғарылатады [28,32].

Қорытынды. Осылайша, дамуы бар пациенттер жіті коронарлы синдром дамуының бірінші тәулігінде Killip классификациясы бойынша жоғары деңгейлі ырғақ және/немесе өткізгіштіктің бұзылыстары, жүрек жетіспеушілігі және анамнезіндегі темекі тарту және стенокардия клиникасымен сипатталады

Әдебиеттер

- Особенности прогнозирования реакции при остром коронарном синдроме у мужчин и женщин / Р.Т. Сайгитов, М.Г. Глезер, Д.П. Семенов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2006. - №1. – С.63-70.
- Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes / A. Rosengren, L. Wallentin, A. Gell et al. // Eur. Heart J. – 2004. –Vol. 25, №8. –P. 663-670.
- Остроумова, О.Д. Старение и дисфункция эндотелия / О.Д. Остроумова, Р.Э. Дубинская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. - №4. – С. 83-89.
- Mortality form coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction / S. M. Haffnet, S. Lehto, T. Ronnema et al. // N. Engl J. Med. – 2008. – Vol. 339. – P. 229-234.
- Панченко, Е.П. Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет – коварный тандем / Е. П. Панченко // Сердце. – 2004. – Vol. 3, №1. – С.9-12.
- ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with arterial fibrillation / V. Fuster, L. E. Ryden, R.W. Asinger et al.// Eur Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1979-2030.
- Malmberg K. Myocardial infarction in patients with diabetes mellitus / K. Malmberg, K. Ryden // Eur Heart J. - 2008. –Vol. 9. –P. 256-264.
- Karlson, B.W. Prognosis of acute myocardial infarction in diabetic and non-diabetic patients / B. W. Karlson, J. Herlitz, A. Hjalmarson // Diabet Med. – 2003. - Vol. 10, №5. – P. 449-454.

Блашева Г.Т., Турсынова Б.А.- «Авиценна» медициналық колледжі, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

А.У. Измаганбетова – Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛДЕРДІ ДӘРУМЕНДЕРМЕН ДЕМЕУ

Маңыздылығы: Қазіргі уақытта тамақтану мәселелеріне арналған отандық басылымдардың басым бөлігі диетадағы микроэлементтердің жетіспеушілігіне назар аударуда, себебі дәрумендер мен микроэлементтердің жеткіліксіз мөлшерде қабылдауына байланысты түрлі патологиялық жағдайлардың жоғары даму қаупі бар. Адамдар денсаулығын және белсенді ұзақ өмір сүруін қамтамасыз ету үшін айрықша маңызы бар қоректік факторлардың арасында дәрумендер және минералдар маңызды рөл атқарады.

Мақсаты: жүктілік кезінде әйелдерді дәрумендермен демеу туралы әдебиеттерге шолу жасау.

Зерттеу әдістері және материалдар: Қойылған мақсаттың шешімі ретінде жүктілік кезінде дәрумендерді қолдану туралы әдебиеттерге шолу жасалынды

Зерттеу нәтижелері: Эпидемиологиялық зерттеулерге сүйенсек, әлемде шамамен 2 миллиард адам А дәрумені, йод және темір жетіспеушілігінен зардап шегеді. Сондай-ақ денсаулық сақтаудың халықтың денсаулығына байланысты мәселесі – мырыш пен фолий қышқылы сияқты микроэлементтердің жетіспеушілігі. Жүкті және бала емізетін әйелдерде микроэлементтердің жетіспеушілігі туындау қаупі жоғары [5-7]. Жүктілік кезінде ұрық пен нәрестенің дамуы көбінесе ананың тамақтануына байланысты болады. Ананың балансыз тамақтануы жүктілік пен ұрықтың дамуына теріс әсер етеді: мерзімі жетілмеген және салмағы аз нәрестелердің туу қаупі артып, жүктіліктің ерте кезеңдерінде йод және Фолий қышқылының жетіспеушілігі туа біткен кемістіктер мен асқазан асқынуларын туындатады [2, 4, 8]. Соңғы зерттеулерде бүкіл әлемде жүкті және бала емізетін әйелдерде дәрумендер мен минералдар тапшылығын жоғары таралуын көрсеткен. Сұралған әйелдердің көпшілігі жасына тұрғылықты жері, нәсіліне қарамастан, 3 немесе одан да көп дәрумендер тапшылығы, гипополивитаминозды жағдай кездескен. Қазақстанда тұрғылықты аймаққа байланысты, жүкті әйелдерде дәрумендер мен минералдар тапшылығы 40-77% -ға дейін ауытқиды.

Жүктілік пен лактация кезінде дәрумендер мен минералдардың қажеттілігі 2-4 есеге артады. Қоршаған ортаға қолайсыз әсерінен асқазан-ішек жолдары мен бауырдың созылмалы ауруларында, антибактериалды терапияда және т.б. дәрумендер мен минералдардың қажеттілігі артады [4, 8, 10]. Жүкті кезінде ананың тамақтануы аналық плацента-ұрық жүйесінің дамуын реттеуде маңызды рөл атқарады және осылайша баланың денсаулығына әсер етеді. Плацента анасы мен ұрықтары арасында газдар, нәрлі заттар мен метаболиттер алмасуына әсер ететін орган. Плацента ұрықтың тамақтануы мен оксигенациясы үшін өте маңызды [10]. Аналық диета ұрықтың өсуіне тікелей әсер етеді - ұрықтың эндокриндік жүйесіне жанама әсер ететін қоректік заттардың мөлшерін анықтау арқылы және эпигенетикалық түрде - гендердің белсенділігін модуляциялау арқылы. Жүктіліктің маңызды кезеңдеріндегі дисфункция ұрпақтың босанған кейінгі өміріне әсер етуі мүмкін [6, 12].

Жүктілік кезінде маңызды қоректік заттардың, оның ішінде витаминдердің тапшылығы әйелдердің және болашақ баланың денсаулығына әсер етеді. Алдын ала имплантация кезеңінде және жүктілік кезіндегі дәрумендердің жетіспеушілігі, осы маңызды қоректік заттардағы әйелдер органдарының қажеттілігі ерекше болған кезде, ана мен баланың денсаулығына зиян келтіреді, перинаталдық патологияның қаупін арттырады [4, 8, 10].

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, жүктілік кезеңінде тағамдық қамтамасыз ету ақушерияның негізгі міндеттерінің бірі болып табылады, себебі жүктілік кезінде қажетті тамақ өнімдерімен тиісті түрде қамтамасыз ету - сау баланың туылуының кілті болып табылады және сонымен бірге ұрықтың туа біткен кемістіктерін болдырмауға көмектеседі [4, 8, 10,]. ДДҰ деректері бойынша, аналардың жеткіліксіз тамақтануы және тератогендік агенттерге шалдығуы себебінен төмен және орташа ресурстық елдерде туа біткен аурулар туындайды. Тума ақаулар - микроэлементтердің кемшіліктері, қант диабеті, семіздік сияқты жүктілік аурулары және жүктілік кезінде белгілі бір дәрілік заттарды қолдану мен байланысты болады.

Өртүрлі зерттеулерге сәйкес, ересектердің фолий қышқылын аз мөлшерде пайдаланады. Фолий қышқылы жүкті және бала емізетін әйелдерге тәулігіне 400-800 мкг ұсынылады, қалғандары - 400 мкг / тәул. Жүкті және бала емізетін әйелдердің тамақтануында амин қышқылдары, көмірсулар, майлар, РНҚ синтезі және В дәрумені метаболизміне қатысатын витамин (витамин В1), никотинамид (витамин РР), рибофлавин (витамин В2), пиридоксин (В6 дәрумені) маңызды. ДНҚ, гемоглобин, ацетилхолин, нейротрансмиттер, тотығуды -қалпына келтіру реакцияларының жұмысын қамтамасыз етеді. Пантотен қышқылы (В5 витамині) миелінді, нуклеин қышқылдары мен эритроциттерді синтездеу үшін гормондарды, өт қышқылдарды, холестеринді синтездеу, жүйке жасушаларының қалыпты жұмыс істеуін қамтамасыз ету

және ағзада детоксикация процестерін жүргізу, цианокобаламинді (В12 витамині) қажет етеді. Жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдер жоғарыда аталған витаминдердің тапшылығын сезінеді, бұл диета арқылы ғана түзетілмейді [3, 7].

Қорытынды: Осылайша, жүктіліктің қолайлы нәтижелері, асқинулардың болмауы, сондай-ақ ұрық пен нәрестенің дамуы көбінесе ананың тамақтануына және жүктілігіне байланысты болады. Жүктілік пен лактация кезінде туындайтын қажетті қоректік заттардың жетіспеушілігі әйелдің диетасын түзетуді және жүктілікке дайындық сатысында ДМК-ны тағайындауды талап етеді [8, 13].

Әдебиеттер

1. Bhutta Z.A., Salam R.A. Global nutrition epidemiology and trends // *Ann Nutr Metab.* 2012. Vol.61(1).P.19–27.
2. Горбачев В.В., Горбачева В.Н. Витамины. Микро- и макроэлементы. Справочник. Минск: Книжный Дом, 2002. 445 с.
3. Громова О.А. Актуальные вопросы витаминно-минеральной коррекции у беременных и кормящих. Данные доказательной медицины. Метод. рек. для врачей. М., 2010. 114 с.
4. Мачулина Л.Н. Влияние питания беременной и кормящей женщины на здоровье ребенка // *Медицинские новости.* 2011. № 2. С. 65–67.
5. Pathak P., Kapil U. Role of trace elements zinc, copper, magnesium during pregnancy and its outcome // *Indian J Pediatr.* 2005. Vol. 71 (11). P. 1003–1005.
6. Gogia S., Sachdev H.S. Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants six months of age or less // *Cochrane Database Syst Rev.* 2011. Vol. 10.
7. Bailey R.L., West K.P. Jr., Black R.E. The epidemiology of global micronutrient deficiencies // *Ann Nutr Metab.* 2015. Vol. 66 (2). P. 22–33.
8. Hovdenak N., Haram K. Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012. Vol. 164 (2). P. 127–132.
9. Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Витамины в питании беременных и кормящих женщин // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2013. № 12 (3). С. 38–50.
10. Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н. Еще раз о проблеме фолатной недостаточности // *Медицинский совет.* 2014. № 9. С. 80–83.
11. Гуляев А.Е. Поливитамины для беременных: обзор рекомендаций, основанных на фактах доказательной медицины // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2014. № 13 (5). С. 53–
12. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Т.1. Акушерство, неонатология: рук. для практикующих врачей / под общ. ред. В.Н.Серова, 2-е изд., испр. и доп. – М., 2010.
13. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Т.2. Гинекология: рук. для практикующих врачей / под общ. ред. В.Н.Серова, 2-е изд., испр. и доп. – М., 2010.

ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В №3 ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

Жолымбекова Л.Д., научный руководитель, к.м.н., **Саркулова И.С.-**преподаватель кафедры
Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.ЯсавиШымкентский кампус

Актуальность: Охрана репродуктивного здоровья женского организма является приоритетным направлением в деятельности органов здравоохранения Республики Казахстан. В настоящее время наблюдается существенное ухудшение репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. У них активно протекают процессы хронизации, как гинекологической, так и экстрагенитальной патологии, с охватом все более молодых возрастов.

Цель исследования: Изучить алгоритм оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста в №3 поликлиники города Шымкента для снижения материнской и младенческой смертности.

Материалы и методы: Для достижения цели нашей работы данные были получены и обработаны из №3 поликлиники г. Шымкент за период с 01.01.2019 по 31.12.2019. При написании нашей научной работы мы использовали данные по мониторингу женщин фертильного возраста в поликлинике № 3 г. Шымкент с использованием описательного метода исследования. Количество из групп динамического наблюдения женщин фертильного возраста общий количество ЖФВ составило 16841 женщины.

Результаты: В городской поликлинике № 3 г.Шымкента по состоянию на 1 января 2019 года, на основании данных регистра прикрепленного населения (РПН), регистров социально-значимых заболеваний в организациях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) участковыми

терапевтами, врачами общей практики (далее – ВОП), врачами педиатрами формируются списки женщин фертильного возраста. Женщины фертильного возраста (далее - ЖФВ) с сохраненной репродуктивной функцией (далее - женщины) ежегодно приглашаются на прием с профилактической целью. Женщины, обратившиеся впервые в текущем году к любому специалисту медицинской организации ПМСП, подлежат обязательному обследованию 1 раз в год участковым терапевтом, ВОП, педиатром и врачом акушер-гинекологом. Вместе с тем девушки в возрасте от 15 до 17 лет включительно направляются педиатрами на обследование к врачам акушер - гинекологам по показаниям (наличие признаков гинекологических заболеваний, половая жизнь). Ежегодное обследование женщин фертильного возраста проводится участковым терапевтом, ВОП, педиатром и врачом акушер - гинекологом. При необходимости назначается более детальное обследование с использованием дополнительных методов и привлечением узких специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет.

Участковыми терапевтами, ВОП, педиатрами и акушерами-гинекологами по результатам обязательного обследования, каждая женщина должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения женщин фертильного возраста (групп ЖФВ).

В городской поликлинике № 3 г.Шымкента приглашение на обследование, патронаж женщин фертильного возраста осуществляются медицинскими работниками ПМСП (участковыми терапевтами, ВОП, педиатрами, фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами). Консультирование о необходимости и методах планирования семьи осуществляется всеми медицинскими работниками ПМСП и КДП (в том числе узкими специалистами). Амбулаторные карты маркируются в правом верхнем углу титульного листа уч.ф.025/у индексом подгруппы: 1А (1Б), 2А (2Б,2В), 3А (3Б), 4А (4Б). Женщины групп динамического наблюдения 2, 3, 4 с впервые выявленными заболеваниями регистрируются на диспансерный учет и обеспечиваются лечением и наблюдением врача терапевта, ВОП, педиатра или врача акушер-гинеколога согласно стандартам. Женщины подгрупп динамического наблюдения 1А, 2А, 3А, 4А включаются в группу активного наблюдения участковыми терапевтами, ВОП и врачами акушер-гинекологами для лечения имеющихся экстрагенитальных и гинекологических заболеваний до достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии, а также назначения прегравидарной подготовки за 6 месяцев до планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка.

Женщины подгрупп динамического наблюдения 1Б, 2Б, 2В, 4Б, 5, направляются врачами терапевтами, ВОП, педиатрами к врачам акушер-гинекологам для назначения эффективных методов контрацепции. Женщины групп динамического наблюдения 2В и 5 должны находиться под строгим диспансерным наблюдением участкового врача и врача акушер-гинеколога. Женщины фертильного возраста с экстрагенитальными заболеваниями (далее-ЭГЗ), которые являются медицинскими противопоказаниями к беременности группы 2В должны быть осмотрены заведующим терапевтическим (ВОП, педиатрическим) отделением 1 раз в 3 месяца, направлены на ВКК 1 раз в год Списки женщин группы 2В формируются врачами-терапевтами, ВОП, педиатрами и вносятся в журнал учета женщин фертильного возраста с противопоказаниями к вынашиванию беременности по ЭГЗ согласно приложению. Информация в виде списков передается 1 раз в месяц врачам акушер-гинекологам с целью контроля охвата этих женщин контрацепцией. Участковые врачи-терапевты, ВОП, педиатры совместно с социальными работниками ведут учет социально-неблагополучных женщин фертильного возраста (из малообеспеченных и неполных семей, лица, без определенного места жительства, мигранты, безработные и другие) и вносят их. Информация также передается 1 раз в месяц врачам акушерам-гинекологам с целью контроля охвата их контрацепцией.

Заключение Для любой женщины беременность и материнство - это самый важный этап в жизни. Поэтому задача любого государства и медучреждения в том, чтобы наладить максимально качественную и оперативную акушерско-гинекологическую помощь для будущих матерей и их детей. И дело не только в подготовке к родам и в самих родах, начинать следует с подготовки семьи к зачатию и рождению ребенка. Амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам фертильного возраста усиление организации гинекологической помощи необходимо раннее выявление гинекологических заболеваний диспансерное наблюдение, проведение профилактических мероприятий, помощь гинекологическим больным и проведение лечебно - оздоровительных мероприятий, связанных с беременностью, т. е. обеспечение женщин безопасным материнством необходимо подготовить женщины. В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста необходимо разъяснить, что женщины должны встать на учет на ранних сроках беременности. Кроме того, мы должны объяснить женщинам из группы ЖФВ методы контрацепции и следить за тем, чтобы они использовали контрацепцию, не имеющую противопоказаний для собственного здоровья.

Литература

1. <https://agesecrets.ru/zhizn/semya-i-deti/dlitelnost-i-osobnosti-fertilnogo-vozrasta-u-zhenshhin>
2. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2019. 66– 94 с.
3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь. Москва. 2008. 87-111 с
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 августа 2021 года № 24131

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МАҚТА ЕГЕТІН АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДАҒЫ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ ЖИЛІГІ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫ

А.Р.Жұмаділова, PhD., Бегимбаева А.Е.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, «Клиникаға кіріспе» кафедрасы

Кіріспе. Қазақстан Республикасы соңғы онжылдықтарда жаңа өрлеуді бастан өткерген мақта шаруашылығы ауыл шаруашылығы өндірісінің және тоқыма өнеркәсібінің маңызды салаларының бірі болып табылатын аймақ [1,2]. Еліміздің оңтүстігінде шоғырланған осы саладағы жұмысшылардың ең үлкен үлесін әйелдер құрайды. Ұзақ уақыт бойы хлорорганикалық пестицидтер мақта өнеркәсібінде кеңінен қолданылады.

Зерттеудің мақсаты: мақта егетін аймақта тұратын жасөспірім қыздардағы гинекологиялық сырқаттанушылықтың жиілігі мен құрылымын зерттеу. Бұл баланың репродуктивті жүйенің жетілуіне жету үшін дамудың бірізді кезеңдерінен өтетін күрт өзгерістер кезеңі [1]. Бұл кезеңде жасөспірімдердің организмі сыртқы ортаның әртүрлі қолайсыз факторларының әсеріне барынша сезімтал болады [2,3].

Зерттеу материалдары мен әдістері: зерттеу 10-17 жас аралығындағы 524 жасөспірім қызға жүргізілді. Олар тұрғылықты жеріне қарай 2 топқа бөлінді. Бірінші (негізгі) топқа 1996-2003 жылдар аралығында дүниеге келген 253 қыз бала кірді. Және 2008 жылға дейін мақта шаруашылығында хлорорганикалық пестицидтер кеңінен қолданылған Сары-Ағаш ауданында, Қазақстан Стокгольм конвенциясын ратификациялағанға дейін және оларды пайдалануға тыйым салғанға дейін өмір сүрген. Екінші (салыстырмалы) топқа Сайрам ауданында туып-өскен және тұратын 271 қыз бала кірді. Мұндағы ауыл шаруашылығының жетекші саласы мал шаруашылығы.

Өңірде ешқашан мақта егілмеген және хлорорганикалық пестицидтер қолданылмаған. Сауалнамаға қатысқан қыздардың барлығы ауылдық жерлерде тұрды, т.б. әлеуметтік-климаттық факторлар бойынша салыстырмалы болды. Сонымен, негізгі топта етеккір циклінің бұзылуы арасында гипоменструальдық синдром басым (33,3%), ал салыстырмалы топта кәметке толмаған жатырдан қан кету (56,3%) басым болды. Жатырдан қан кету – 27,8%, үшіншіде – ауырсынатын етеккір (22,2%). Гинекологиялық сырқаттанушылық құрылымында үшінші орында тітіркену, шаршаудың күшеюі, депрессия ұстамасы, іштің ауыруы, етеккір циклінің екінші жартысында сүт бездерінің ауыруы түрінде көрінетін предменструальды синдром болды, циклдік сипатқа ие болды. Нәтижелер мен пікірталас. Зерттеу мақсатын орындау үшін біз салыстырылған топтардағы әйел жыныс мүшелерінің экстрагенитальды аурушандығы мен патологиясын талдадық.

Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, негізгі топтағы қыздар арасында гинекологиялық аурушандық 14,6%, ал салыстырмалы топта 11,1% құрайды. Гинекологиялық аурулар құрылымында етеккір циклінің бұзылуы жетекші орын алады (48,6% – негізгі топта және 53,3% – салыстырмалы топта) Салыстырылған топтарда етеккір циклінің бұзылуының құрылымын талдау кезінде айырмашылықтар анықталды.

Қорытынды: Осылайша, сауалнама нәтижелері негізгі топтағы жасөспірім қыздар улы хлорорганикалық пестицидтер кеңінен қолданылатын аймақта туып, өмір сүретінін көрсетті. Пестицидтердің әсер ету аймағында тұратын жасөспірім қыздарда гинекологиялық және соматикалық аурушандықтың жоғарылауы анықталды. Оларда гипоменструальдық синдром, тыныс алу жолдары мен асқазан-ішек жолдарының аурулары айтарлықтай жоғары болды. Осы факторлардың барлығы ұрпақты болу әлеуетінің төмендеуіне ықпал етеді, бұл кейіннен аймақтың демографиялық көрсеткіштеріне әсер етуі мүмкін. Осыған байланысты бұл қыздар контингенті сауықтыру шараларын қажет етеді [4,5].

Әдебиеттер

- 1 Marisa M. Fisher and Erica A. Eugster What are in our environment that effects puberty? //Reproductive Toxicology. – 2014- Vol. 44. P. 7–14. doi:10.1016
- 2 Гуркин Ю.А Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. М.:МИА, 2009. - 696 с.
- 3 Кульбаева К.Ж. Оздоровление девочек-подростков – условие безопасного материнства //Eurasian Journal of Public Health.- 2012.- №1. - P.39-41
- 4 Закон Республики Казахстан от 21.07.2007 №298-III «О развитии хлопковой отрасли».
- 5 Постановление Правительства Республики Казахстан Об утверждении Программы развития специальной экономической зоны «Оңтүстік» на 2007-2011: утвержд. 21 сентября 2006 года № 895 // <http://chm.pops.int/default.aspx>
6. Закон Республики Казахстан «О ратификации Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях»: принят 7 июня 2007 года № 259-III// http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=1025899&doc_id2=30106963

Садықова Г.С., м.ғ.к. доцент м.а. ғылыми жетекші- Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы.
И.С. Саркулова, магистр оқытушы, Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент кампусы

№2 КЛИНИКАЛЫҚ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАНЫҢ ЕМХАНАСЫНДА БЕДЕУЛІКПЕН ЕСЕПТЕ ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҮШ ЖЫЛДЫҚ КӨРСЕТКІШІ

Кіріспе: Қазіргі таңда бедеулік мәселесі әлемдегі ең өзекті мәселе болып отыр. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтері бойынша, әрбір бесінші отбасында бала туу бойынша қиындықтар туындайды. Әрине, бұл тек жүктілікті армандап, яғни мәселенің бар екенін түсініп, көмек сұрағандар ғана... Алайда, бұл саладағы таң қаларлық жетістіктерге қарамастан, кейбір жұптардың бедеу болу себептері әлі де анықталмай отыр. Жұбайлар бір жылдағы тұрақты жыныстық өмірден кейін жүктілік болмаса – бұның көмек сұрауға себеп екенін жақсы білу керек. Алайда, олардың көбі неден бастау керек екенін, қайда бару керек екенін білмейді.

Мақсаты: №2 ҚКА-ның емханасында бедеулікпен есепте тұратын әйелдердің 3 жылдық көрсеткішін есептеу

Зерттеу әдістері және материалдар: Қойылған мақсаттың шешімі ретінде ШҚКА-ның емханасында бедеулікпен есепте тұратын әйелдердің 3 жылдық көрсеткішін есептедік

Зерттеу нәтижелері: ШҚКА-ның емханасында бедеулікпен есепте тұратын әйелдердің 3 жылдық көрсеткішін есептеу және бедеуліктің себебіне алып келетін гинекологиялық ауруларды анықтау жүргізілді. Сонымен қатар, бедеулікке алып келетін аурулардың статистикасы есептелінді. Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларымен 2018 жылы 831 әйел тіркелген болса, оның ішінде емделгені 232 әйел; 2019 жылы 1073 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 343 әйел болған; 2020 16 жылы 1023 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 423 болған. Эндометритпен тіркелген әйелдер 2018 жылы 4 әйел тіркелген болса, оның ішінде емделгені 2 әйел; 2019 жылы 3 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 2 әйел болған; 2020 16 жылы 3 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені болмаған. Аналық без кистасымен 2018 жылы 194 әйел тіркелген болса, оның ішінде емделгені 31 әйел; 2019 жылы 224 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 45 әйел болған; 2020 жылы 131 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 37 болған. Эндометриозбен 2018 жылы 8 әйел тіркелген болса, оның ішінде емделгені 2 әйел; 2019 жылы 13 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені 3 әйел болған; 2020 жылы 15 әйел тіркелсе, оның ішінде емделгені болмаған. Жүргізілген статистикалық мәліметтерге сүйенсек, жылдан жылға бедеулікке алып келетін аурулар көбейіп, емделген әйелдер саны азайғандығын байқауға болады. Бедеуліктің санының көбеюі осыған байланысты. Сонымен қатар әйелдердің көпшілігінде бедеулік емделмейді деген пікірдің қалыптасуында. Әйелдер бедеулікті емдету мақсатында бір дәрігерге қаралмай бірнеше дәрігерге қаралып, соңында емі нәтижесіз қалып қояды.

Қорытынды: Бедеулікке ұшыраған әйелдің өмірбойы бала сүю мүмкіндігі болмайды деген жаңсақ пікір болмау керек. Бедеулікті емдеуге болады. Оның барлығы білікті мамандар мен бедеуліктің деңгейіне байланысты. Бедеуліктен құтылудың ең алғашқы шарттары: үміт және сабыр. Бұл екеуінен кейінгілеріне білікті маманның кеңесі, дұрыс тандалған ем-дәм жатады. Заманауи акушер-гинеколог мамандардың қазіргі таңдағы қиын мәселелерінің бірі отбасындағы бедеулік болып отыр. Ұсынылып отырған жас жұбайлардағы бедеулікті тексеру мен емдеудің клиникалық алгоритмі тәжірибедегі дәрігерлерге осы мәселені шешуге көмектесуі мүмкін.

Әдебиеттер

1. Гинекология. Белгісі бойынша ОӘБ медициналық білім беру. Баисова Б. И., Бижанова Д. А., Богинская Л. Н., В. Г. Бреусенко Редакторлары: Савельева Г. М., В. Г. Бреусенко 2009 ж. Баспа: Гэо.
2. Гинекология. Дуда В. И. Дуда В. И. Дуда И. В., 2008ж. ООО "Издательство АСТ".
3. Гинекология. Иллюстрированное клиникалық басшылық. Харт Дж. М., Норман Дж. 2009 ж. Баспа: Bean.
4. Гинекология. Дәрістер курсы. Белгісі бойынша ОӘБ медициналық білім беру. Стрижаков, А. Н. Давыдов А. И., П. Буданов, В. Баев О. Р. 2009 ж.
5. Гинекология. Национальное руководство. В. И. Кулаков, Савельева Г. М., Манухин И. Б. 2009 ж. Баспа: Гэотар-Медиа.
6. Гинекология. Оқулық. Белгісі денсаулық сақтау Министрлігінің 2009 ж. Василевская Л. Н., Грищенко В. И., Щербина Н.А., Юровская В. П.
7. Гинекология: дәрігерлер үшін нұсқау, Серов В. Н., Кира Е. Ф., Аполихина И. А., Антонов И. Б. 2008 ж. Баспа: Литтерра.
8. Клиникалық хаттама. Әйел бедеулігі, хаттамасымен бекітілген Сараптамалық комиссия отырысының денсаулық сақтауды дамыту мәселелері бойынша ҚР ДСМ № 10 4.07.2014 года
9. Kazmedic.kz
10. w.w.w. 03 portal.kz
11. <http://kazmedic.kz/archives/539>

INTENSITY OF NEUROPATHIC PAIN

Aman Fatima, group 305A 3rd course student, general medicine, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Amanfatima56@gmail.ru

E.O.Amanova, scientific director, master of medicine, assistant of the department «Propedeutics of internal diseases, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Amanova_EO@mail.ru

Relevance of the topic: Neuropathic pain is defined as "pain caused by primary damage to the nervous system or its disfunction". It occurs for a variety of reasons, and is mainly chronic and is usually not stopped by the use of conventional analgesics [1,2,3]. According to various estimates, the prevalence of this pathology is 50-115 cases per 100,000 population [4].

Neuropathic pain is formed against the background of persistent pain as a result of increasing overexcitation or damage to peripheral and/or central pain structures and is characterised by particularly severe pain and disorders of different types of sensitivity. Neuropathic pain is based on complex mechanisms: disruption of neuronal ion channels, overexcitation of neurons due to excessive intake of Ca²⁺ ions, prostaglandins; release of special pain neurotransmitters (glutamate, nitrogen oxide, neurokinin, prostanoids, etc.) in spinal pain structures. Neuropathic pain syndrome can be the result of cancer and non-oncological diseases, severe injuries and surgical interventions (phantom, post-torocotomic, postcholecystectomy, etc.). Neuropathic pain can develop from simple nociceptive pain syndrome due to its ineffective therapy [5].

Neuropathic pain is characterised by a combination of sensory positive and negative symptoms, which can be different, as well as change during the disease. It is the careful clinical analysis of sensory disorders that is the basis for diagnosing neuropathic pain [6].

This study aimed to study: the nature of neuropathic pain in patients with neurological disorders with the prospect of improving the diagnosis of neuropathic pain.

Materials and methods: Data was conducted in South Kazakhstan region with the help of a modified Pain DETECT questionnaire. In total, the questionnaire provides 12 questions to identify the intensity and nature of pain, prevalence, etc. The study involved 102 patients with neurological disorders and signs of neuropathic pain: 59 (57.8%) - men and 43 (42.2%) - women. Respondents are divided into age groups: up to 40 years (26 people or 25.5%), 41-50 years (25 people or 24.5%), 51-60 years (29 people or 28.4%) and 60 years and older (22 people or 21.6%). The collected material and results are preliminary (it is planned to increase the sample to 1000 respondents). The standard methodology calculated the relative indicator and average error. The Pearson Chi Square method was used to study the statistical relationship.

Results and discussion: According to the results of the survey, it was established that in the main proportion of patients (81.3±3.86%) with neurological disorders, the intensity of the most severe pain attack over the past 4 weeks is 8-10 points on the measurement scale from 0 to 10 points (figure 1).

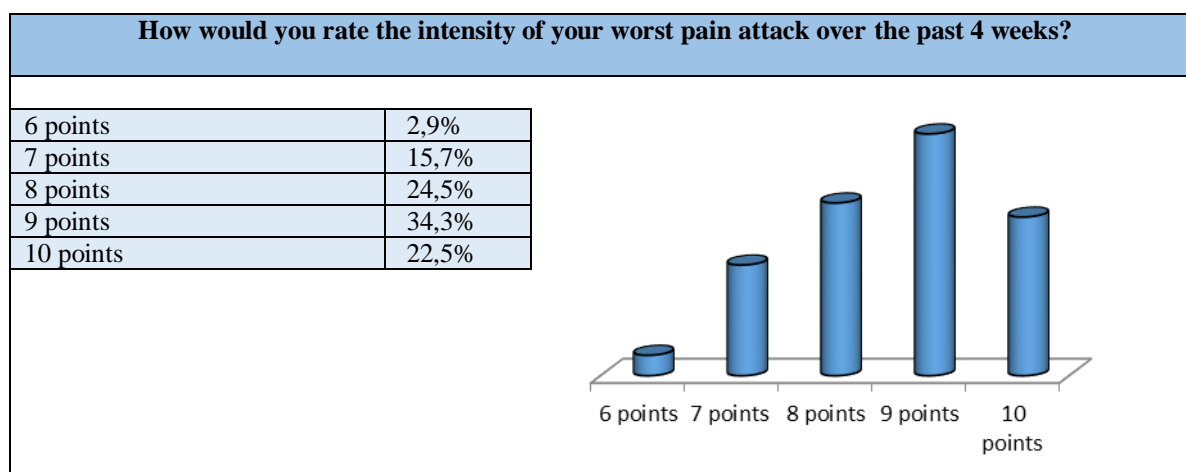


Figure 1 Intensity of the most severe attack of neuropathic pain in the last 4 weeks

Severe pain attack over the past 4 weeks is slightly higher than in the female population. However, there is no statistically reliable connection between the intensity of pain and the sex sign ($\chi^2=3.94$, $df=4$, $p=0.42$).

Unlike gender, age determines the intensity of pain in patients with neurological disorders ($\chi^2=21.01$, $df=12$, $p=0.05$). Less intense pain is stated by patients in the age group 51-60 years and groups older than 60 years, and more intense pain, respectively, in the age group up to 40 years and 41-50 years.

Characterising pain, 33.3±4.67% of patients noted that "pain attacks are accompanied by pain in between", 26.5±4.37% noted that "pain is continuous, with periodic attacks", 20.6±4.00% noted that "pain is continuous, slightly changing in intensity" and 19.6±3.93% noted that «painless pain attacks between neither» (figure 2).

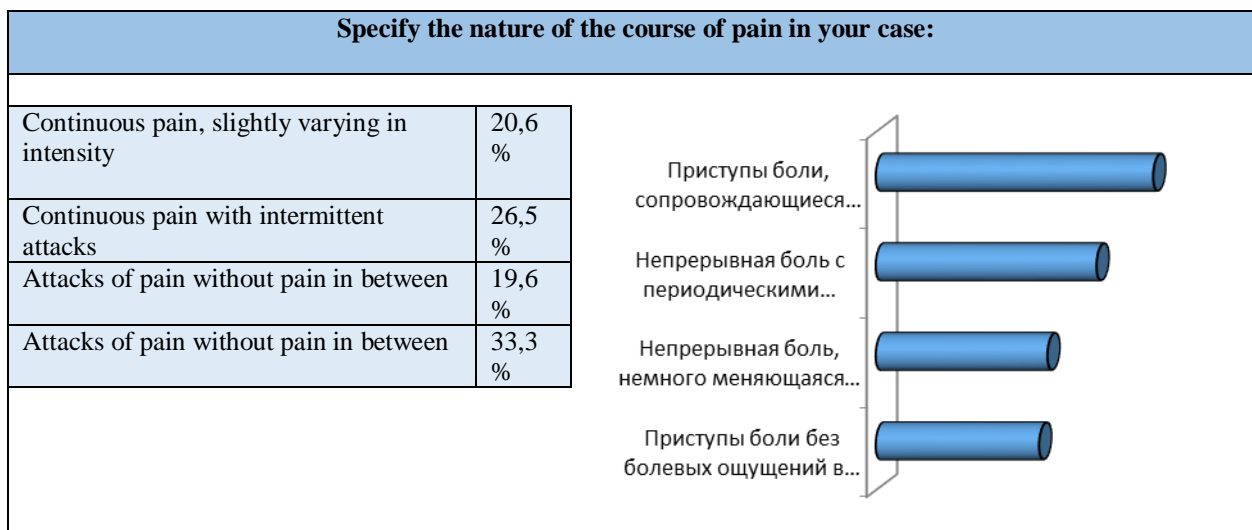


Figure 2 Nature of neuropathic pain

$Df=3$, $p=0.74$), but is influenced by its age ($\chi^2=15.85$, $df=9$, $p=0.05$). Differences in the nature of pain on the sex are not significant. Age groups are characterised by the following: at the age of 40, patients are characterised by continuous pain (53.9±4.94%), at the age of 60 years and older patients are characterised by pain attacks (63.6±4.76%), and at the age of 41-60 patients equivalently (50/50) there are continuous pain and pain attacks.

According to the results of patients' answers (each answer in the questionnaire was assigned a certain coefficient), the total number of points was calculated, on the basis of which the final conclusion was made that there was a neuropathic component of pain: the negative result (3.9±1.92%) showed the unlikely that there was a neuropathic component of pain, the uncertain result (14.7±).

Conclusions: neuropathic pain in patients with neurological disorders is quite intense and is due to the age of patients;

The nature of neuropathic pain is ambiguous and depends on the age of the patient;

The intensity and nature of neuropathic pain in the male and female populations are equivalent.

The list of references:

1. Danilov A. B., Davydov O. Village Neuropathic pain // Moscow: Borge. - 2007. - T. 2. - No. 007. - S. 6-10.
2. Kamchatnov P. R. Neuropathic pain: possibility of pregabalin use // Consilium medicum. - 2007. - T. 9. - No. 2-C. - S. 140-142.
3. Markin S. P. Modern view of the problem of spinal pain // Russian Medical Journal. - 2009. - T. 17. - No. 11.
4. Danilov A. B., Davydov O. Village Central neuropathic pain: clinical and diagnostic aspects and possibilities of therapy based on evidence // neurology. - 2009. - S. 60.
5. Osipova N. A., Abuzarova G. R., Petrova V. C. Principles of analgesic use in acute and chronic pain // Moscow. - 2011- No. 4-5-C. 28-32.
6. Turbina L. G., Gordeev S. A. Neuropathic pain: pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment // Doctor. - No. 5-C. 56-60.

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР ЖҰМЫСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУДЫҢ МАҢЫЗДЫ АСПЕКТТЕРІ

Жәнібек Ж., Сатиева М., Туленов С., 1 курс резидентура, м.ғ.м. Абдукаримова Ж.М., «Отбасы медицина» кафедрасының ассистенті, жоғарғы санатты жалпы тәжірибелік дәрігер Аташова К.К. «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан Республикасы.

Өзектілігі: Аймақтық ерекшеліктерді ескере отырып және күндізгі стационар қызметінің медициналық - экономикалық тиімділігін арттыруды ескере отырып, күндізгі стационарларды төсек-орынмен қамтамасыз етудегі халықтың нақты қажеттіліктерін ғылыми негіздеу мәселесін шешу қажет. КС жұмысын оңтайландырудың маңызды аспектілерінің бірі медициналық көмектің сапасына науқастардың қанағаттанушылығы мен әлеуметтік бағдарын арттыру болып табылады.

Ауруханаларда және амбулаторлы-емханалық мекемелер (АЕМ) мен КС ұйымдастырудың орынды-лығы науқастардың әлеуметтік зерттеулерімен расталады.

Зерттеудің мақсаты: күндізгі стационардағы және тәулік бойы жұмыс істейтін стационардағы медициналық көмектің әртүрлі аспектілерін салыстырмалы бағалау болды.

Материалдық және зерттеу әдістері: КС-ның артықшылықтары мен кемшіліктерін анықтау үшін біз науқастардың пікірін зерттедік. Осы мақсатта ғылыми зерттеу әдістемесіне сәйкес арнайы әзірленген сауалнамалар арқылы әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Осы зерттеуде қайталанбайтын кездейсоқ таңдау қолданылды (бір респондент әлеуметтік сауалнаманы тек бір рет толтырады). Сауалнама 15 сұрақтан тұрады.

Сауалнамаға Шымкент қаласының және орталық аудандық ауруханалардан 449 науқас қатысты. Жасы бойынша респонденттер келесідей бөлінді: 25 жасқа дейін – 56 адам (12,5%), 26–35 жас – 83 адам (18,5%), 36–45 жас – 105 адам (23,4%), 46 – 55 жас – 102 адам (22,7%), 56 және одан жоғары – 103 адам (22,9%). Осылайша, респонденттердің арасында еңбекке қабілетті жастағы науқастар басым болды. 35 жасқа дейінгі жастар 40,0% құрады, қалған жас топтары біркелкі бөлінді. Респонденттердің гендерлік құрамы орта есеппен ерлердің 33,0% және әйелдердің 67,0% құрайды. Респонденттердің әлеуметтік құрылымында жұмыспен қамтылғандар – 51,4%, зейнеткерлер – 18,0%, жұмыссыздар – 23,8%, оқушылар мен студенттер – 6,7% құрады.

Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау: Алынған мәліметтерді талдау зерттеуге қатысқан респонденттердің 64%-ы алғаш рет КС-да ем қабылдағанын және олардың тек 36%-ы қайтадан ем алғанын көрсетті.

Сауалнама барысында емделу орнын таңдау құқығы респонденттердің жартысынан көбіне берілгені анықталды: 64,5%. Айта кету керек, таңдау мүмкіндігін ескере отырып, амбулаторлы-емханалық мекемелер (АЕМ) негізіндегі күндізгі стационарлардағы респонденттердің 54,8% -ы осы мекемеге, 30,7% - осы дәрігерге, 14,5% - дан азы - басқа дәрігерге және басқа дәрігерге мен мекемеге баруды қалайды. Қалалық және ауылдық ауруханалар базасында КС-да емделген респонденттердің жауаптарын талдау науқастардың көпшілігінің осы ауруханаға және емдеуші дәрігерге риза екенін көрсетеді.

Сауалнамалық сауалнама барысында емделген респонденттердің жартысынан көбі күндізгі стационарда емделуді қалайтыны анықталды, респонденттердің төрттен бір бөлігі емдеуді жақсы деп санайды, 7,0%-ы амбулаторлық негізде, 10%-ы ғана тәулік бойы жұмыс істейтін стационарда емделуді жақтады (сурет).

Емдеу орнын таңдау бойынша респонденттердің пікірлерін бөлу: КС және тәулік бойы жұмыс істейтін стационардағы медициналық көмектің әртүрлі аспектілері туралы науқастардың пікірлерін талдау кестеде келтірілген. 1. Көріп отырғаныңыздай, КС-тегі медициналық көмек әдеттегі тәулік бойы жұмыс істейтін стационардағыдан нашар емес. Сонымен қатар, медициналық көмек көрсетудің кейбір аспектілері бойынша (дәрігерлердің науқастарға қатынасы (48,1%), медбикелердің пациенттерге қатынасы (47,9%), респонденттер КС-ны жақсы көреді. Осылайша, деонтологиялық аспектілер медициналық көмекке қанағаттанудың немесе қанағаттанбаудың сенсорлық көрсеткіші болып табылады.

Респонденттердің жартысына жуығы күндізгі және тәулік бойы жұмыс істейтін стационарлардағы емдеу сапасының айырмашылығын байқамаған. Респонденттердің 40,8%-ы КС-да тексеру жылдамдығын, емделушілердің 36,2%-ы медициналық процедуралардың ыңғайлылығын таңдады. Бұл ретте респонденттердің 41,1%-ы КС-дағы медициналық процедуралардың қарқындылығы тәулік бойы емделуде болатын ауруханадан ерекшеленбейді деп есептейді (1-кесте).

Респонденттердің күндізгі стационар қызметінің әртүрлі аспектілерін бағалауы (%)

Бағаланатын нысандар	Күндізгі стационар ауруханаға қарағанда жақсы	Күндізгі стационар мен аурухана бірдей	Күндізгі стационар ауруханаға қарағанда нашар	Жауап беру қиын	барлығы
Дәрі –дәрмекпен қамтамасыз етілуі	32,0	43,6	4,9	19,5	100,0
Емдеу сапасы	33,2	49,4	10,2	7,1	100,0
Тексеру жылдамдығы	40,8	37,6	9,6	12,0	100,0
Медициналық процедуралардың режимі (қарқындылығы)	36,2	41,1	5,8	17,0	100,0
Дәрігерлердің біліктілігі	30,1	51,7	9,4	8,9	100,0
медбикелердің біліктілігі	32,7	50,8	10,0	6,5	100,0
Дәрігерлердің науқастарға қатынасы	48,1	44,1	4,2	3,6	100,0
Науқастарға мейірбикелік көзқарас	47,9	44,5	4,2	3,3	100,0
Болу ұзақтығы	51,0	20,0	1,8	27,2	100,0
Пациенттерді палатаға орналастыру ыңғайлылығы	63,3	21,0	2,7	13,0	100,0

Медициналық мекемелерді дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету – денсаулық сақтау саласының маңызды мәселелерінің бірі. Жұмыстың осы жағын бағалау кезінде пациенттердің 43,6%-ы дәрі-дәрмекпен және дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету күндізгі және тәуліктік стационарларда бірдей деп жауап берді, ал 32,0%-ы КС-да дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жақсы деп есептейді (1-кесте).

Алынған мәліметтер ДС жұмысында әлеуметтік факторлардың үлкен мәнге ие болғанын көрсетті (2-кесте). Кестеге сәйкес. 2, респонденттердің ең үлкен пайызы (71,4%) ДС емдеудің артықшылығын күнделікті кешке таныс үй жағдайында болу мүмкіндігінен көреді, бұл пациенттің эмоционалдық жағдайын қолдайды және емдеу курсы мен нәтижелеріне оң әсер етеді. кесте 2

Респонденттердің күндізгі стационарда емделудің мәні туралы пікірлерін бөлу (%) *

	жиілігі	Респонденттердің санынан %-бен
Тексерудің сапасы мен жылдамдығы	173	39,2 %
Жоғары білікті медициналық қызметкерлер	127	28,8 %
Отбасынан ажырамау	315	71,4 %
Тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету	221	50,1 %
Медицина қызметкерлерінің жақсы қарым-қатынасы	248	56,2 %
Емдеуді еңбекпен біріктіру мүмкіндігі	165	37,4 %
басқа	2	0,5 %

Пациенттердің айтарлықтай жоғары пайызы ДС жағдайында медициналық персоналдың неғұрлым мұқият көзқарасын көрсетті, яғни. бұл пациенттердің әлеуметтік рөлі мен күтулеріне сәйкес көрінетін медицина қызметкерлерінің жеке қасиеттері мен коммуникациялық дағдыларына қанағаттану болуы мүмкін.

КС-да емдеу, респонденттердің пікірінше, әдеттегі әлеуметтік байланыстарды сақтау, емдеуді еңбекпен біріктіру мүмкіндігі (37,4%) тұрғысынан белгілі бір артықшылықтар береді. Ауылдық жердегі

жеке ауласы бар емделушілер үшін бұл жағы да маңызды. Студенттер оқу мен емдеуді біріктіру мүмкіндігіне байланысты КС-да болуына қанағаттанады. Сондай-ақ, ДС-да медициналық көмек алу үдерісінде респонденттердің 40%-ға жуығы тексерілу мен емдеудің жылдамдығы мен сапасына қанағаттанатынын атап өткен жөн. Пациенттерге сауалнама жүргізу барысында КС-да емдеудің бірқатар кемшіліктері де анықталды. Емдеудің кешенді тәсілінің жоқтығын және сауалнаманың толықтығын респонденттердің 16,4%-ы көрсеткен. Үйде диетаны ұстанудың мүмкін еместігіне байланысты респонденттердің 20% -дан сәл астамы тәулік бойы тұрақты стационарда емделуді қалайды. КС-да емдеудегі ыңғайсыз тасымалдау сияқты кемшілікті респонденттердің 43,3%-ы ауылдық ауруханаларда атап өтеді. Көріп отырғаныңыздай, медициналық мекемеден шалғай, көлік қатынасы қанағаттанарлықсыз аудандардың тұрғындары үшін бұл фактор аурухана түрін таңдауда маңызды болып отыр. Сауалнама нәтижелері көрсеткендей, респонденттердің басым бөлігі емханадан КС қабылдауға жіберілген, респонденттердің 64,5%-ы емханаға жатқызылғанға дейін 4 күннен 9 күнге дейін, 20 күннен астам – 5,8%, ал 28,7% емханаға жатқызылғанға дейін бақыланған 10-нан 19 күнге дейін. Бір қызығы, емханадан жіберілген науқастардың көпшілігі ауруханаға жатқызуды 5 күннен аз күтеді, бұл КС жұмысының жақсы ұйымдастырылғанын сипаттайды.

Қортынды: Жүргізілген әлеуметтік зерттеулер күндізгі стационарларға деген сұранысты, емдеудің осы түрінің бірқатар артықшылықтарын және оның әлеуметтік бағыттылығын көрсетеді. Сонымен қатар, зерттеу нәтижелері күндізгі стационарлардың жұмысында тиімді ұйымдастыру шаралары арқылы тиісті түзетуді талап ететін бірқатар кемшіліктерді көрсетеді. Күндізгі стационарлардың жұмысының жоғары деңгейіне жету үшін оларды емдеу-диагностикалық құрал-жабдықтармен қамтамасыз етіп, мүмкіндігінше дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қажет.

Социологиялық зерттеу нәтижелерін қорытындылай келе, күндізгі стационарларды ұйымдастыру медициналық көмектің мақсатқа сай және перспективалы түрі болып табылады деген қорытындыға келуге болады.

Әдебиеттер

1. Стационарды алмастыратын көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 17 тамыздағы № 669 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2015 жылы 23 қыркүйекте № 12106 болып тіркелді.
2. «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям» сборник тезисов 2017г. Санкт-Петербург.
3. Журнал "Медицинское образование и профессиональное развитие". Том 10. 2019г.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ БӨЛІМШЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН КӨП ФАКТОРЛАРМЕН БАҒАЛАУ

Қыпшақбай А.Қ., Ақжолбек М.А., Әсілбек Г.Қ., 1 курс резидентура.

м.ғ.м. Абдукаримова Ж.М., «Отбасы медицина» кафедрасының ассистенті, жоғарғы санатты жалпы тәжірибелік дәрігер **Аташова К.К.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан Республикасы.

Өзектілігі. Қазақстан Республикасындағы респираторлық аурулар ең көп тараған үштікке кіреді. Тыныс алу жолдары ауруларының пайда болуына бейімді факторлардың көптігіне қарамастан, халыққа медициналық көмектің сапасы маңызды: ерте диагностика, негізделген ем және кең таралған профилактика.

Зерттеу мақсаты. Бронхоөкпе патологиясы бар клиникалық-анамнестикалық деректерге талдау жүргізу, науқастардың нозологиясының құрылымын анықтау және Шымкент қаласындағы «Облыстық клиникалық аурухананың» пульмонологиялық бөлімінің жұмыс сапасының кейбір көрсеткіштерін бағалау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Бақылау кезеңі: 2020 жылдың қыркүйегі – 2021 жылдың ақпаны. Тексеруден өткендердің саны 470 адамды құрады. Деректерді талдау Statistica 10.0 және Excel бағдарламаларында жүргізілді. Зерттеу барысында пульмонология бөліміне түскен науқастардың ауру тарихы зерттелді.

Зерттеу нәтижелері. Ай сайын орта есеппен тыныс алу органдарының патологиясы бар 80-ге жуық науқас емханаға жатқызылды. Пациенттер арасында ер адамдар жалпы санның 52%, әйелдер 47% құрады. Бұл факт 13 ерлер арасында бронх-өкпе жүйесінің патологиясының басымдылығын көрсетеді. Ер науқастардың жас бойынша бөлінуі: 60 жасан асқандар – 64,4%, 60-тан 41 жасқа дейін – 22,2%, 40-тан 21-ге дейін – 8,8%, 20 жасқа дейін – 4,4%. Әйелдер арасында: 60 жасан асқандар – 55%, 60-тан 41 жасқа дейін – 25%, 40-тан 21-ге дейін – 17,5%, 20 жасқа дейін – 2,5%. Мүгедектер 28% құрады, оның ішінде: 50% – 1-топ, 36% – 2-топ, 14% – 3-топ мүгедектер. Науқастардың ең көп саны жұмыссыздар (41%), 22% - зейнеткерлер, 9% - жұмысқа орналасқандар, 2% - студенттер. Пульмонология бөлімшесінің ауруханасына түскендердің ішінде қала тұрғындары басым болды, 68,2% құрайды. 31,7% жағдайда ауыл тұрғындарына көмек көрсетілді. Науқастардың басым бөлігі жедел жәрдем бригадаларымен жеткізілді – 38,8%,

қалғандары: 32% – емханалар, 4,7% – қалалық ауруханалар, 3,5% – аудандық ауруханалар, 20% – кезекшілік күндері өз бетінше жүгінген науқастар. Жазылғандар: жағдайының жақсаруы – 69%, сауығуы – 25,9%. Ауру тарихын зерделеу арқылы орташа төсек-күндік саны (10,0) және өлім-жітім пайызы (1,18%) көрсеткіштері белгіленді. Жолдама және клиникалық диагноздар бағаланды, олардың сәйкестік пайызы маңызды болып шықты және 80% - ды құрады. Ең жоғары көрсеткіш қыркүйек пен қарашада 89%-ды құрады. Ең төменгі көрсеткіш ақпан айында (76%).

Пulьмонология бөлімінде жиі кездесетін аурулар: пневмония – 40%, ӨСОА – 34%, бронх демікпесі – 15%, бронхит – 8%. Сондай-ақ плеврит – 5,8%, өкпе эмфиземасы – 4,7%, бронхэктазия ауруы – 3,5%, бронхопневмония – 3%, өкпе ісігі – 2%, туберкулез – 2,3%, саркоидоз – 1,18% болды. Кейбір науқастарда өкпе фиброзы түріндегі асқынулар болды - 7%, жүрек текті өкпе - 6%, гидроторакс - 2,3%, астматикалық статус - 1%. Жан сақтау бөлімінде болған ауыр науқастар 12% құрады. Бұл негізінен пневмония және ӨСОА бар науқастар болды. Ілеспе аурулардың ішінде бірінші кезекте жүрек-қан тамырлары (68%), эндокриндік аурулар 7%, асқазан-ішек жолдары – 5%, жүйке жүйесі – 5%, зәр шығару жүйесі – 2%, қатерлі ісік – 1% және т.б. – 8,9%. Қосалқы аурулардың пайызы өте жоғары екенін байқамау мүмкін емес. Ол 95%-ды құрады.

Өкпе ауруымен ауыратындар арасында ЖҚА арасында ең жиі кездесетіндері: гипертония – 58,7%, жүректің ишемиялық ауруы (стенокардия – 11%, инфаркттан кейінгі кардиосклероз – 17%), СЖЖ – 24,2%, жүрек ырғағының бұзылуы (қарыншалық экстрасистолия 8,9%; жүрекшелердің фибрилляциясы – 5%, пароксизмальды қарынша үсті тахикардия 2%). Эндокринологиялық аурулардың ішінде мыналар жиі кездеседі: қант диабеті – 10%, семіздік (1-дәреже – 1%, 2-дәреже – 10%, 3-дәреже – 1%), глюкозаға төзімділіктің бұзылуы – 1%. Асқазан-ішек жолдарының аурулары асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы - 3%, созылмалы гастродуоденит - 4%, өт тас ауруы - 5%, майлы гепатоз - 1,2%, холецистэктомия синдромы - 2%, өт қабының токсикалық гепатозы 2%, полипоз 2% болды. %, ойық жаралы колит-2%. Жүйке жүйесінің ауруларын қарастыра отырып, дисциркуляциялық энцефалопатия 7%, астено-невротикалық синдром - 3%, парез/гемипарез - 3%, полиневропатия - 3% екенін анықтадық. ЛОР мүшелерінің патологиясы созылмалы риносинуситпен ұсынылған - 4% және отит - 2%. Сонымен қатар, қатар жүретін онкологиялық аурулардың ішінде созылмалы лимфолейкоз -1,3% және жедел лимфобластты лейкоз-1,3% болатыны анықталды. Несеп-жыныс жүйесінің қатар жүретін патологиясы: созылмалы пиелонефрит - 4%, нефроптоз - 1,3%, бүйрек кистасы - 1,3%, қуық асты безінің аденомасы - 1,3%. Көбінесе гематологиялық (темір тапшылықтың анемия – 23%, постгеморрагиялық анемия – 1,27%) және аллергиялық аурулары (поливалентті препараттарға төзбеушілік – 11%) бар науқастар болды.

Қорытынды: 1. Тыныс алу жүйесінің ауруларымен 60 жастан асқан ер адамдар жиі ауырады. Ауруханаға жатқызылған науқастардың ішінде қала тұрғындары басым болды, 68,2% құрайды. Pulьмонология бөлімшесінде науқастардың ілеспе ауруының пайызы 95-ке жетеді, ал қатар жүретін аурулардың ішінде жүрек-қан тамырлары аурулары басым (68%).

2. Жолдама мен клиникалық диагноздың сәйкес келу жиілігі айтарлықтай жоғары болды және 80%-ға жетті, бұл ретте науқастардың 38,8%-ы жедел жәрдем көлігімен жеткізілді. Бұл пациенттердің жағдайының ауырлығын, олардың шұғыл мамандандырылған көмекке мұқтаждығын және бөлімнің медицина қызметкерлерінің жұмыс көлемінің үлкендігін көрсетеді.

3. Төсек-күндердің орташа санының белгіленген көрсеткіштері (10,0) және өлім-жітімнің төмен пайызы (1,18%) pulьмонология бөлімшесінде медициналық қызмет көрсетудің жоғары сапасын көрсетеді.

Әдебиеттер

1. Авдеев С.Н. Выбор оптимальной терапии при ранних стадиях хронической обструктивной болезни легких. Справочник поликлинического врача. 2019; 11: 27-31.
2. Айсанов З.Р., Черняк А.В., Калманова Е.Н. Спирометрия в диагностике и оценке терапии хронической обструктивной болезни легких в общей врачебной практике. Pulьмонология. 2014; 5: 101-110. Aysanov Z.R., Chernyak A.V., Kalmanova E.N. Spirometry for diagnosis and therapeutic efficacy evaluation in chronic obstructive pulmonary disease in primary care. Pul'monologiya [Pulmonology]. 2014; 5: 101-110. (in Russian)
3. Чучалин А.Г. Национальное руководство. Pulьмонология. Краткое издание. 2020 год
4. Демко И.В., Чубарова С.В., с соавт. /Алгоритмы диагностики и протоколы оказания медицинской помощи при пневмонии/ Методические рекомендации для врачей. Москва/ ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. - М. : 2015. - 75 с.

EPIDEMIOLOGY AND FACTORS LEADING TO LONG-TERM PERSISTENCE OF NEUROPATHIC PAIN (literary review)

E.O.Amanova, H.T.Korganbaeva, G.A. Toktarova, M.B.Batkhieva assistants of the department "Propedeutics of internal diseases» South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Amanova_EO@mail.ru, toktar_885@mail.ru, Madin_Madina@mail.ru

Presented overview literature, concerning neuropathic pain one of the actual problems in modern world. One of the reason injury peripheral nerves connect. Psychogenic pathological conditions with chronic pain syndromes well described enough in literature. Foreign researchers have paid great attention to psychogenic factors formation and saving pain. But other factors not enough studied and first turn illuminated from point of view participation in the process of development peripheral neuropathy. It maybe the some mechanisms included at the core long-term preservation pain syndrome in case of damage peripheral nerves, that requires further research [1,2].

Keywords: neuropathic pain, epidemiology, peripheral nerves.

Neuropathic pain is an urgent problem in the modern world. According to the definition of H.Merskey and N.Bogdua 1994, it is pain that is caused by primary injury or disease of the somatosensory system [3].

According to an epidemiological study conducted in Europe in 2005, the frequency of neuropathic pain in different countries ranges from 6-7.7%. For example in France it was 6.4%, in Germany 6%, in the U.K -7.5% and in Spain- 7.7%. In 2008, a multicenter clinical and epidemiological study of neuropathic pain was completed in Russia [4,5].

The incidence of any pain among patients who has consulted a neurologist was 39%, and neuropathic pain or its component was 18% of all outpatients.

Neuropathic pain most often occurs with tuner syndromes, mono and polyneuropathies, compression of nerves to nuts, trigeminal neurologia, syringomyelia, multiple scleriosis, vitamin B12 deficiency, myelopathy, brain and spinal cord tumors, acute cerebrovascular accidents, surgical operations arteriovenous aneurysms, craniocerebral injuries and injuries of peripheral nerves [6,7].

According to statistics the nerves of the upper extremities are radial ulnar and median less often the nerves of the lower extremities the sciatic and peroneal which is due to the anatomical relationship with the surrounding tissues.

As evidenced by the Literature data, the frequency of damage to the brachial plexus trunks and peripheral nerves remains stably high and amounts to 3-10% of all injuries of the musculoskeletal system.

All the same time, the frequency of postoperative neuropathies, according to various sources ranges from 7.5 to 16% with the ulnar nerve being most often affected (33-85% of all postoperative neuropathies) [8].

According to the classification of H.J Seddon (1943) and S.Sunderland(1951), nerve injuries, depending on the severity of damage, are divided into neuropraxia (temporary disturbance of innervations compression of the nerve without any structural damage), axonotmesis (the degree of damage to the nerve fiber in peripheral lesions), of the nerves, morphologically characterized by a violation of the integrity/rupture of the axon with the structural elements of the sheath in tact) and neurotmesis, complete violation of its integrity with total degeneration of the never section distal to the injury [9,10].

N.N. Yaichno (2005) presented this classification as follows:

Type I injuries a treatment transient conduction blocked due to ischemia (mild sensory disturbances and paresis, for example, due to the leg to leg posture) with a quick and complete recovery. Cases of demyelination of the radial nerve with gradual within a week complete recovery belong to the same type.

Type II injuries violation of the integrity of the axon with intact connective tissue sheath and nerve skeleton, arising from its compression; Wallerian degeneration is observed distal to the site of the lesions; sensory, motor and autonomic defects are found. Recovery is very slow. The more distal the lesion, the better the prognosis. Surgical treatment is not indicated.

Type III injury destruction of the axon and connective tissue membrane. A complete nerve rupture is usually caused by penetrating and traction injuries. Clinical syndrome complete loss of sensory, motor and autonomic functions. The prognosis is poor; surgery usually gives insignificance improvement [11,12,13].

According to same studies, the risk of neuropathic pain in nerve injuries is high and amounts to 71-95%, while according to others, it is less than 1/2 (34%). P.Ciaramitaro et al (2010) examined 158 patients with peripheral nerve injuries and found that pain syndrome was present in 66% and neuropathic pain was present in 50% of all patients. Moreover in 79% of patients with neuropathic pain, its intensity was moderate or severe.

International experts led by R.DTreed (2008) suggested using the criteria for grading the probability of a diagnosis of neuropathic pain. Diagnosis using this algorithm is based on 4 criteria: (1) Localization of pain in the neuroanatomical area; (2) history of lesion or disease of the peripheral of central somatosensory nervous system; (3) identification of positive and negative sensory symptoms in the neuroanatomical zone; (4) objective confirmation of the lesion of somatosensory nervous system [14,15].

If the patient has all 4 of the above criteria, the diagnosis above criteria the diagnosis of neuropathic pain is considered reliable. The diagnosis of neuropathic pain is highly. Likely when criteria 1 and 2 are combined on of the other two, 3 or 4. Neuropathic pain is considered possible if only criteria 1 and 2 are combined. According to the proposed algorithm, the diagnosis of neuropathic pain should be considered fully confirmed only when it is reliable and highly probable. At the same time, instrumental pain (electroneuromyography, registration of evolved potentials, computed and magnetic resonance imaging, microneurography, study of reflexes and biopsy) do not reveal strictly specific changes, but can be informative in the study of the mechanisms of pain and the effect of drugs [16].

To facilitate the diagnosis of neuropathic pain, several questioned have been developed world wide. It should be noted that question varies can only be used as a convenient auxillary diagnostic method (as well as instrumental research methods) and differential diagnosis of pain syndromes, only complementing the patient's examination.

In addition to neuropathic pain, there are neuroceptive pain occurs with any tissue damage that causes excitation of peripheral pain receptors and specific somatic or visceral afferent fibers. Primarily in patients with nerve injuries, the myogenic, asteo and arthrogenic, components of neuroceptive pain predominate. However chronic of neuroceptive pain occurs less frequently than neuropathic pain [17,18].

One should not forget about chronic psychogenic pain, often discussed as neuropathic and/or neuroceptive pain which can occur regardless of somatic visceral or neuronal damage and is largely determined by psychological and social factors. It remains debatable whether psychogenic pain exists in its purest form. To identify psychogenic pain, the DSM-IV classification is used in which two main and three additional criteria are distinguished. The main criteria include: 1-prevalence of multiple and prolonged pain: 2- the absence of an organic cause of pain or in the presence of any organic pathology, the patient's complaints are much lighter than those that are possible with those changes. Additional criteria include: 1- the existence of a temporary connection between a psychological problem and the development or growth of pain syndrome; 2- pain allows the patient to avoid unwanted activities: 3- gives the patient the right to achieve certain social support that cannot be achieved in any other way. In this case, psychogenic pain often manifests itself not in isolation, but is superimposed on neuropathic and nociceptive pain, intensifying the symptomatology [19].

Chronic pain and the causes of this formation. Despite the fact that in the past 30 years there has been an increased interest in the study of pain, most Russian scientists have covered the issues of determining the mechanisms of formation and chronicity of pain without touching into account additional factors that affect the body as a whole and are not directly related to pain syndrome. The central mechanisms of pathological pain were formulated which led to the creation of the concept of pathological pain which made it possible to explain the persistence of pain after the completion of the healing process [20,21].

The International Association for the study of pain defines chronic pain as continuing beyond the normal healing period and lasting more than 3 months (IASP, 2004). Based on this definition, it can be concluded that chronic pain is always pathological [22].

The central modification of the incoming sensory impulse is considered to be the main theory for the occurrence of chronic pain syndrome. This theory assumes the presence of several synapses along the path of sensory stimulus to the cerebral cortex, the most important of which are the posterior horns of the spinal cord, stem structures, thalamus and the cortex itself. According to the theory of gate control, at each of the above levels, the impulses is stimulated or inhibitory from the side of collateral axons, as well as the ascending or descending pathways of the nociceptive and antinociceptive systems [23].

The most important neurotransmitters that act at the level of the dorsal horns of the spinal cord are substance producing pain impulse and endogenous opioids such as methenuephalin (inhibiting pain impulses). Possible inhibitory effect from the corticospinal tract due to the neurotransmitter glycine. At the level of the brain stem, the inhibitory effect is serotonergic and noradrenergic structures. Moderate short term deficiency of serotonergic structures leads to the development of anxiety and pain, with long-term serotonin deficiency depression can develop. The next synaptic level includes the thalamus the limbic system, and the adjacent subcortical and cortical structures of the brain. this is where the subjective assesment of pain occurs. Neurotransmitters that inhibit the transmission of nociceptive information form subcortical structures to the cortex are poorly understood, one of them is beta-aminobutyric acid. Chronic pain develops when the last cortical synaptic level is sensitized by afferent sensory influx [24].

If we consider separately the alleged pathogenesis of various sensory symptoms, we get the following: prolonged burning pain is associated with impaired central inhibitory control, central sensitization and ectopic discharges; shooting piercing pain with ectopic discharges; paresthesia or dysesthesia ectopic discharges and central sensitization; hyperalgesia with central sensitization caused by increased nociceptive attention; mechanical allodynia is associated with disorders of central sensitization, sensitization of nociceptors [25].

However, the chronicity of pain is not an autonomus process. It can be influenced by external and internal factors of the body that requires more detailed consideration.

Psychological factors contributing to the persistence of pain syndrome.

Foreign researches pay more attention to the psychological and socio cultural and persistence of pain. It has been shown that patients with chronic pain in, contrast to patients with acute pain, develop specific psychological problems associated with persistent pain. These problems can, in turn, pressure the progression of the pain syndrome and nullify all efforts to restore the patients ability to work [26,27].

Psychological changes are most likely associated with constant discomfort, hopelessness and excessive attention to pain, which becomes dominant in the lives of these patients as well as their inability to solve ordinary family, professional and Leisure- related tasks [Danilev A.B Golubev V.L 2009]. Physicians often underestimate the importance of psychological factor in the development of chronic pain and do not give them due attention when planning treatment. These issue were first developed and generalized in the work at R.J Catchel (1996), who proposed a concept that describes the very process of the transition from acute pain to chronic pain mainly from a psychological and sociocultural point of view. This model suggests three stages at acute to chronic pain transition. The first stage is associated with such emotional reactions as team, anxiety. They are the result of the perception of pain during the acute phase and are a natural emotional response to a potential threat of the body [28].

If the pain continue to persist after an appropriate period of time (2-4 months), then this already reflects the transition to the second stage which is manifested by a wide range at such behavioral and psychological reactions as “learned helpless- depression stress- irritability and somatization” : all they are considered to be characteristic attribute of already chronic pain. It is assumed that some patients have certain permeable personality/ psychological characteristics that distinguish them from others and may be exacerbated by the stress associated with trying to adapt to chronic pain. If the overlaying of behavioral problems continues, this leads to a transition to the patients trial acceptance of the patient’s role, when these psychological disorders are fixed in behavior and the patient begins to gravitate towards a decrease or release from his usual duties and social obligation. The letter circumstances can be a potential incentive in order not to strive for recovery. In this phase, physical and psychological disability is consolidated, which turns into pathological pain behavior [29].

Depression is a common comorbid diagnosis in patients with neuropathic pain/average57%. Depression is a mental disorder characterized by a depressive period: decreased mood, loss at the ability to experience joy (anhedonia), impaired thinking (negative judgments, pessimistic outflow on what is happening, etc) and motor rebarotation with depression self esteem is reduced, there is a loss of interest in life and habitual activities.

According to other data, the frequency of depression among patients with pain syndrome in psychiatric clinics was 35%, in pain clinics-38% in rheumatology clinics-52%, in dental clinics-78%. This combination was called by some authors the syndrome of depression-pain or the emphasizing that the conditions after co-exist, respond to similar treatment factors, reinforce each other, share common biological pathways and neurotransmitters in (for examples both of these states arte models of defectiveness serotonergic systems of the brain). In addition, the difficulty of assessing depression in patients with pain is associated with the similarity of some of the symptoms of these pathological conditions leg, anxiety, sleep disturbance).

The most researched painful condition is pain in the lower back. Several studies have linked depression to poor treatment outcomes and poor prognosis in these patients. Patients with pain syndrome and depression complained more and experienced more instance pain, were more inclined to exaggerate and persist for a long time. In patients with a combination of these two processes, the pain syndrome often persisted for a long time or did not recover.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a complex of reactions when a traumatic event is persistently experienced over and over again, and this can occur in various forms: (a) repetitive and violently breaking through taking root in the consciousness of memories of the event; (b) repetitive nightmares about the event; (c) actions or feelings that corresponds to those experienced during the trauma; (d) intense negative experience when faced with something that resembles(symbolizes) a traumatic event; (e) physiological reactivity, if something resembles or symbolizes a traumatic event- stomach cramps, headache. Clinical experience with PTSD, however shows that there are individual differences in the ability to cope with catastrophic stress, due to which some people who have experienced traumatic events do not developed PTSD, while others have a pronounced syndrome. Such observations force us to admit that trauma, like pain, is not an external phenomenon fully accessible to objectification. Like pain, traumatic experiences are filtered through cognitive and emotional processes before they can be assessed as extreme threats. Due to individual differences in this assessment process, people have different thresholds of trauma- some are more protected, while others are more vulnerable to the onset of clinical symptoms after being in a stressful situation [30].

References:

1. Epidemiology of neuropathic pain. Danilova A.B. OC Davidson pain 2007 №4 (17) P 12-16.
2. https://en.m.wikipedia.org/wiki/Neuropathic_pain
3. <https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/8/1604/5817901>
4. <https://www.webmd.com/pain-management/guide/neuropathic-pain>
5. <https://www.nhs.uk/conditions/peripheral-neuropathy/treatment/>
6. Diagnostic scale for appraisals neuropathic pain. Danilova A.B.davidav O.C 2007 №3(16) P 11-1

7. <https://www.healthline.com/health/neuropathic-pain>
8. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/peripheral-neuropathy/symptoms-causes/syc-20352061>
9. Kukushicin M.L. Etiopathogenic principles treatment chronic pain 2007 T 15, №10 P 827.
10. Iahno n. n. Illness nervous system : management for doctor medicine 2005\
11. <https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474442210701435/fulltext>
12. <https://www.bmj.com/content/348/bmj.f7656>
13. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/neuropathic-pain>
14. <https://patient.info/brain-nerves/neuropathic-pain>
15. Nerve injury associated with anesthesia / D.A.Kroll, R.A. Caplan, K.posner et al.//Anesthesiology 1990;73:202-7
16. Barinov A.N. Complex treatment of pain. №4 P215-219.
17. Fridman M.G. Post-traumatic stressful disorder 2005,P 991-994.
18. <https://www.nhs.uk/conditions/peripheral-neuropathy/>
19. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15833-neuropathic-pain>
20. Italian Network for traumatic Neuropathies. Traumatic peripheral nerve injuries: epidemiological findings, neuropathic pain and quality of life in 158 patients /P.Ciaramitaro, M.Mondelli, F.Logullo et al. // J.peripher Nerv Syst.2010. Jun .15(2): 120-127.
21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22395856/>
22. <https://www.hindawi.com/journals/prm/2016/9815750/>
23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31536038/>
24. https://www.medicinenet.com/neuropathic_pain_nerve_pain/article.htm
25. Smith H.S.The evolving nature of neuropathic pain: individualizing treatment / H.s.Smith, C.N.Sang //European journal of pain .2002.V.6, suppl. B, P.13-18.
26. Depression and pain comorbidity: a literature review / M.J.bair, R.L. Robinson, W.Med 2003;163:2433-2445Katon, K.Kroenke // Arch Int Med.2003; 163: 2433-2445.
27. <https://www.webmd.com/pain-management/guide/neuropathic-pain>
28. <https://www.brainandspine.org.uk/information-and-support/living-with-a-neurological-problem/neuropathic-pain/>
29. https://www.physio-pedia.com/Neuropathic_Pain
30. <https://www.msmanuals.com/home/brain,-spinal-cord,-and-nerve-disorders/pain/neuropathic-pain>

ASSESSMENT OF THE STATE OF PALLIATIVE CARE IN KAZAKHSTAN

G.S. Sadykova, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, candidate of medical sciences, acting associate professor, Head of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Gulzhan2171@mail.ru

E.O.Amanova., G.A. Toktarova., M.B.Batkhieva, assistants of the department "Propedeutics of internal diseases" South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Amanova_EO@mail.ru, Madin_Madina@mail.ru, Toktar_8585@mail.ru

Relevance of the topic. The mortality rate from malignant neoplasms remains one of the main causes. Such an important indicator as an indicator of morbidity (the prevalence of malignant neoplasms) is growing from year to year. [1]

Almost 1/5 of patients with oncological diseases are patients with stage IV malignant neoplasms who need appropriate professional medical and psychological assistance. But, if they try to help patients with oncopathology more or less on the basis of a systematic approach, then such diseases as tuberculosis, AIDS, non-oncological chronic progressive diseases in the terminal stage of development are outside the palliative care services, and to a greater extent on the shoulders of the general medical network. [2]

This year, according to experts, doctors diagnose more than 18 million new cases of cancer in the world. [3]

Purpose of the study. Assess the situation of palliative care in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods of research. The most urgent care is palliative care. It improves the quality of life for patients and their families who face problems associated with life-threatening illnesses, whether physical, psychosocial or spiritual. The quality of life of carers is also improving. The main goal is to ensure the highest possible quality of life for the patient, to help him accept his condition. Palliative care also extends to the patient's relatives: specialists try to support them, explain how to communicate with the patient, take care of him. [4]

The problem is serious, but, nevertheless, gradually, step by step, Kazakhstani scientists and doctors are directing efforts to solve this problem and note positive results. If we talk about how things are with cancer in the country, I can cite the following figures that clearly reflect the situation: at the end of 2018, the incidence of malignant neoplasms in the republic was 35,753 cases per 100 thousand population, in 2017 this figure was 35,695 cases.

The five leaders in morbidity are the regions: Pavlodar (316.9 per 100 thousand population), North Kazakhstan (311.7 per 100 thousand population), East Kazakhstan (306.3 per 100 thousand population), Kostanay (290, 7 per 100 thousand population), Akmola region.

In the structure of morbidity, breast cancer is in 1st place (12.6%), in 2nd place is lung cancer (9.9%), in 3rd place is stomach cancer (7.4%), in 4th place is cervical cancer and colon cancer with the same proportion of 4.7%. There is a decrease in mortality from cancer, so according to the electronic register of cancer patients, the mortality rate from 2017 was 78.3 per 100 thousand population (2017 - 93.3).

The proportion of cancer patients living 5 years or more with breast cancer increased to 54.4% (indicator indicator - 51.4%, 2017 - 53.2%), with cervical cancer - to 55.5% (indicator indicator - 53.9%, 2017 - 54.2%), with colorectal cancer up to 45.4% (indicator indicator - 43.1%, 2017 - 43.7%). [5]

The most common cancers in both sexes are breast, lung and bronchial cancer, colorectal cancer, malignant neoplasms of the stomach, cervix, esophagus, prostate, kidney, ovary, pancreas, endometrium, and liver.

Today, the palliative service of Kazakhstan has a scattered structure and represents the functioning of specialized institutions mainly in the Northern and Eastern regions of the republic: hospices operate in six cities of the republic - in Almaty, Pavlodar, Karaganda, Ust-Kamenogorsk, Semipalatinsk and Kostanay. Such institutions contain not only cancer patients, but also elderly and senile patients with therapeutic pathology who need supportive therapy and several nursing care centers and practically no palliative care for children is provided, there is no single hospice service for patients with cancer, AIDS and tuberculosis. [6]

Hospices in Kazakhstan differ in many respects from similar institutions in developed countries. First of all, they are funded by the state, while in many countries up to 80% of the hospice budget is made up of charitable contributions, donations from individuals and companies, contributions of state and non-governmental organizations and religious foundations.

Many Kazakhstanis cannot take advantage of high-tech diagnostic methods and innovative treatment, including radiation therapy. Currently, in Kazakhstan, no more than 30% of patients are provided with radiation therapy. In Kazakhstan, medical information systems are poorly integrated to monitor treatment and follow-up of cancer patients, and there are no systems for archiving and transmitting radiological images. A big problem is the shortage of oncologists, currently this figure is more than 40%. Due to these problems in Kazakhstan, the five-year survival rate of patients with malignant neoplasms has not been achieved. This indicator is the main indicator of the effectiveness of the provision of cancer care. [7]

Conclusion. Thus, the provision of palliative care in Kazakhstan is in its infancy. It is characterized by a shortage of medical personnel and specialized beds, despite high morbidity rates. Palliative care, as an integral part of the oncological service, does not have its own unified, standardized legal basis for its activity. In this regard, a number of recommendations are proposed for improving the service for the provision of palliative care and the development of this area in the country as a whole.

Recommended solutions to the named problems:

1. Approval of state standards for the provision of palliative care.
2. Development of a system of statistical registration of patients in need of palliative care and calculation of the need for narcotic drugs.
3. Reducing administrative barriers to access to pain medications.
4. Increase in funds allocated for the purchase of narcotic drugs, including within the guaranteed volume of free medical care to the population.
7. Development and implementation of guidelines for medical practitioners on pain relief and palliative care.

List of used literature.

1. Novikov G.A., Osipova N.A., Starinskiy V.V. and other Organization of palliative care for cancer patients and the prospects for its improvement. *Oncology Issues* 1995; 2: 27-28.
2. Pharmaceutical Review of Kazakhstan: Palliative care in Kazakhstan - problems and solutions. URL: <https://pharm.reviews/stati/sobytiya/item/60-palliativnaya-pomoshch-v-kazakhstaneproblemy-i-reshenie> (date accessed: 01.04.2018)
3. Pharmacotherapy of chronic pain syndrome in adult patients in the provision of palliative care in inpatient and outpatient settings, guidelines, "Federal Medical Research Center named after P.A. Herzen "of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow
4. Pharmaceutical Bulletin: Kazakhstan occupies one of the last places in the world for the consumption of opioids for medical purposes. URL: <https://pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-mire/kazaxstan-zanimaet-odno-iz-poslednixmest-v-mire-po-potrebleniju-opioidov-v-medtseljax.html#.WxETv1Uza70>

5. Kazakhstan Association for Palliative Care: Palliative Care in Kazakhstan. URL: http://palliative.kz/pp_v_kazahstane

6. Methods of calculating the need for drugs containing drugs in the provision of palliative care in a medical organization strategic research under the Presidents of the Republic of Kazakhstan / №3 (55), September / 2017, 6-20 p.

7. Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan from January 26, 2015 № 32

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХСН II ФК

Дильмагамбетов Д.Д., 6-курс, факультет общей медицины, город Актобе, Казахстан, dauren_13.98@mail.ru

Научный руководитель: Тулегенова Л.М., д.м.н., профессор кафедры ОВП №2. ЗКМУ имени Марата Оспанова, г.Актобе, Казахстан. E-mail: narsbars@mail.ru

В Республике Казахстан была внедрена Программы управления заболеваниями, в число которых входит хроническая сердечная недостаточность (ХСН) [1]. Комплексный, разноплановый подход по улучшению ведения социально значимых болезней является важным стратегическим направлением в государственной политике [2]. Назрела необходимость в повышении солидарной ответственности пациентов за свое здоровье, предназначенный для поддержки пациентов и вовлечение их в управление своим заболеванием путем координированных мер, улучшения взаимодействия медицинского персонала и использования всех имеющихся ресурсов, направленных на предотвращение возможных осложнений или утяжеления состояний. По современному этапу наиболее важную информацию о больном удаётся получить от самого пациента с его представлениями о себе и болезни. Наиболее близким к этому можно отнести - качество жизни (КЖ). КЖ обозначает оценка параметров ассоциированных и не ассоциированных с заболеванием, и позволяющих дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус.

Цель: оценка КЖ больных с ХСН II ФК по Функциональной классификации ХСН NYHA.

Материалы и методы: Обсервационное поперечное (одномоментное) исследование КЖ больных с ХСН II ФК проведенное в период с сентября по декабрь 2019г. В патогенезе болезни определенную роль играют факторы связанные с проживанием в городе с высоким уровнем техногенной, психоэмоциональной нагрузки, поэтому для однородности результатов в исследовании включили жителей крупного промышленного города (г.Актобе, Казахстан) в ГП №3 – 60 человек: мужчин – 36, женщин – 24. Для оценки КЖ пациенты заполняли Миннесотский опросник для больных ХСН – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ или LhiFE) (специальный опросник) [30]. Опросник MLHFQ содержит 21 вопрос, max балл по каждому вопросу =5, то есть в итоге наивысшее КЖ – 0 баллов; наиболее низкое – 105 баллов. Данные представлены абсолютными числами и процентами, а также средним и его 95% доверительным интервалом и стандартным отклонением. Сравнение средних значений проводили с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Средний возраст (ср.воз.) участников исследования составил 61,0±9,7 лет: мужчин – 36 в возрасте от 54 до 84 лет, ср.воз. – 58,1±8,3; женщин – 24 в возрасте от 60 до 88 лет, ср.воз. – 70,5±12,7. Основная часть респондентов жители коренного населения – 81,7%. Пациенты со средним образованием составили 63,9%.

Средние показатели общего физические компонента здоровья участников опроса, то есть функциональные возможности больного справляться с обычными повседневными нагрузками (самообслуживание, толерантность к физическим, социальным, эмоциональным нагрузкам, необходимость иметь адекватный сон и отдых, мобильность и независимость составила 24,9±3,1. В переводе физического компонента КЖ MLHFQ респондентов на проценты получили – 37,8% (при условии, что 100% – самая лучшая оценка КЖ больным). Полученные нами результаты по изучению КЖ согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической СН 2016 года [3], относятся к так называемой, “бесшовной” системе помощи. Реализуется данный подход посредством различных мультидисциплинарных программ, вовлекающих в процесс лечения как различных специалистов (психологов, социальных работников, диетологов, фармакологов, специалистов по лечебной физкультуре), так и пациентов, членов их семей.

Эмоциональные факторы (ощущение себя обузой для семьи, беспомощности, беспокойства, депрессии и неспособность сконцентрироваться и снижение памяти) были оценены как 24,9±3,1, что составляет 47%. Социально-экономические аспекты и общественные связи пациента (место в семье и участие в жизни семьи, материальное обеспечение и расходы на лечение, профессиональные обязанности, связь с друзьями и активный отдых) так же получили низкую оценку 34,9±3,5, что составило 30,7%. Оценка медицинских факторов – 9,9±0,7, что в процентном выражении составило 54%. Отдельно хотим выделить

вопрос из опросника MLHFQ «Мешала ли Вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за необходимости платить», на который ответили только 20% респондентов, то есть для абсолютного большинства больных не имел существенного значения. Это видимо, связано с тем, пациенты бесплатно получают по «Перечню лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан» [5]. Корреляционный анализ показателей КЖ по опроснику MLHFQ показал слабую корреляционную связь с функциональным классом ХСН [6].

Показатель КЖ, получаемый при суммировании всех данных опросника MLHFQ составил $56,3 \pm 1,0$ баллов. В итоге сумма баллов по опроснику MLHFQ у участников исследования соответствует среднему уровню удовлетворенности КЖ. Таким образом, несмотря на большие финансовые затраты со стороны государства, реорганизацию работы ПМСП, внедрение ПУЗов проблема ХСН по-прежнему остается актуальной в медицине.

Список литературы

1. Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП. Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». Астана, 2016 год. 30с.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 гг. МЗ РК
3. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. // Eur J Heart Fail. — 2016 May 20. doi: 10.1002/ejhf.592.
4. Вологодина И.В., Симаненков В.И., Порошина Е.Г., Минько Б.А. Качество жизни и приверженность терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, коморбидными когнитивными и аффективными нарушениями// Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. 2016, Т.8, №1, С.45-49.
5. Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями). Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 75. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 августа 2021 года № 23885
6. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью.// РМЖ «Медицинское обозрение» №10, 2021 Рубрика: Кардиология

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНА VDR, COL1A1, CALCR СРЕДИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕЕЙ

Донаева А.Е., 2 курс докторантуры Медицина Д140, город Актобе, Республика Казахстан, ainurzhan_ed@mail.ru

Аманжолкызы А., PhD, доцент кафедры нормальной физиологии, город Актобе, Республика Казахстан, a.ainur82@mail.ru

Актуальность. Дисменорея - это возникновение сильной боли внизу живота во время менструации [1]. Боль часто носит схваткообразный характер и может отдавать в бедра или нижнюю часть позвоночника. Боль внизу живота может сопровождаться рвотой, головной болью, болью в спине, диареей, утомляемостью [2]. Заболеваемость дисменореей представляет собой серьезное бремя для общественного здравоохранения. Это одна из основных причин отсутствия на работе и учебы, а также значительное снижение качества жизни [3]. Многие исследования в современной литературе показали, что первичная дисменорея может быть связан ряд факторов риска, включая биологические, психологические, социальные факторы и факторы образа жизни. Биологические факторы могут включать более ранний возраст менархе, более обильные менструальные выделения и семейный анамнез дисменореи, психологические факторы включают стресс, беспокойство и депрессию, социальные факторы включают более низкий уровень социальной поддержки, а факторы образа жизни включают курение сигарет и нерегулярное питание [4].

Активное внедрение генетики в практическое здравоохранение на настоящий момент является приоритетным направлением развития медицины. Это связано с тем, что заболевания человека в большей или меньшей степени связаны с особенностями наследственности. Заболевания могут быть следствием мутации одного аллеля гена (доминантные), сочетания мутаций в двух аллелях: рецессивные и мультифакториального сочетания, так называемые полигенные заболевания. Практическое применение в

медицине знаний о существовании «генов предрасположенности», мутантные аллели которых совместимы с нормальным жизнеобеспечением организма в постнатальном периоде, позволяет более точно осуществлять прогнозирование течения заболевания при неблагоприятных условиях. При правильном подходе к трактовке результатов молекулярного исследования возможно выявление не только генов, лежащих в основе наследственных заболеваний, но и генов предрасположенности к ним [5].

Обмен кальция и фосфатов костной ткани регулируется при участии витамина D путем взаимодействия его горманально-активной формы кальцитриола 1,25 (ОН)₂ D₃ с рецепторами клеток.

Метаболиты витамина D снижают уровни воспалительных цитокинов и связанных с ними сократительных факторов (простагландина) в эндометрии и снижают его биологическую активность, воздействуя на его рецепторы в эндометрии.

Среди гипотез менструальной дисфункции с дефицитом витамина D нейрогуморальная регуляция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы считается существенной из-за локализации рецепторов витамина D (VDR), в отличие от других витаминов, в ядрах различных тканей и органов. Однако за последние 10 лет накоплены данные о роли генетического полиморфизма гена VDR в патогенезе различных проявлений менструальной дисфункции [6].

Цель работы: изучение распространенность генетических маркеров VDR, COL1A1, CALCR у девочек подростков с первичной дисменореей.

Материалы и методы: В исследование участвовали 308 девочек подростков, который средний возраст составил 15,3±0,8 лет. Была ранжирована на две группы: первая группа - 155 девочек с первичной дисменореей, вторая группа - 153 девочек практически здоровые. После получения информированного согласия у девочек-подростков и их родителей были обследованы на приеме детского гинеколога и определены ряд генетических маркеров: VDR, COL1A1, CALCR.

Результаты: По полученным результатам генетического исследования по гену VDR рецептора витамина D были распределены на следующие группы полиморфизма аллелей: T/T, T/C, C/C - в обеих группах. В первой группе защитный аллель T/T составил 58,1% (n=89), аллель риска в гетерозиготном состоянии T/C 37,3% (n=57), аллель риска в гомозиготном состоянии C/C у 4,6% (n=7), во второй группе были отмечены следующие соответственно: TT - 61,2% (n=95); T/C - 31,1% (n=48); C/C n=7,7% (n=12).

В гене COL1A1 компонент коллагена 1-го типа (COLLAGEN, TYPE I, ALPHA-1; MIM 120150) в первой группе защитный аллель GG встречается у 80% (n=125), аллель риска в гетерозиготном состоянии GT 17,4% (n=27), аллель риска в гомозиготном состоянии TT 2,6% (n=4), а во второй группе была выявлено следующая картина: GG 91,6% (n=152); GT 9,4% (n=1); TT (n=0).

По гену CALCR рецептор кальцитонина в первой группе аллель не выявленного риска CC 27,4% (n=42), аллель риска в гетерозиготном состоянии TC 53,6% (n=82), аллель риска в гомозиготном состоянии TT 19% (n=29), а во второй группе был выявлен в следующем соответствии: CC 28,3% (n=44); TC 50,4% (n=78); TT 21,3 (n=33).

Выводы: таким образом, по полиморфизму генов VDR и CALCR в обеих группах распространенность были идентичными, а варианты аллелей в гене COL1A1 в первой группе превалирует по гену GT и TT. Это утверждение требует углубленного сравнительного анализа среди девочек подростков с первичной дисменореей.

Литература

- 1 I.A. Jang, M.Y. Kim, S.R. Lee, K. Jeong, H.W. Chung. Factors related to dysmenorrhea among Vietnamese and Vietnamese marriage immigrant women in South Korea. *Obstet Gynecol Sci.* 2013 Jul; 56(4): 242–248. Published online 2013 Jul 15. doi: 10.5468/ogs.2013.56.4.242
2. F.A. Rahnemaei, A. Gholamrezaei, M. Afrakhteh, F. Zayeri, M.R. Vafa. D supplementation for primary dysmenorrhea: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. DOI: <https://doi.org/10.5468/ogs.20316t> *Obstetrics & Gynecology Science* 2021;64(4):353-363. Published online: May 18, 2021
3. V.D.Sanctis, A.T Soliman, H.E. Nada, R. Soliman, M.El Kholy Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28112688/>
4. Москаленко М.В. Полиморфизм ряда генов метаболизма костной ткани и остеопороз у человека: дис. ... канд. биол. наук: 03.02.07. – СПб., 2011. - 171 с.
5. Плехова Н.Г.1 , Крукович Е.В.1 , Воронин С.В.2 , Догадина Н.А.1 , Каблуков Д.А.1 , Мисливец О.В.1 , Елисеева В.С. Частота встречаемости полиморфных вариантов генов, ответственных за минерализацию костной ткани у подростков., УДК 616.71-007.1
6. W. Bourguet, P. Germain, H. Gronemeyer, *Trends Pharmacol. Sci.* 2000, 21, 381. Nuclear receptor ligand-binding domains: three-dimensional structures, molecular interactions and pharmacological implications, PMID: 11050318 DOI: 10.1016/s0165-6147(00)01548-0

ВЛИЯНИЕ АТРОПИНА НА БИСПЕКТРАЛЬНЫЙ ИНДЕКС РЕАКЦИИ НА ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ИНТУБАЦИЮ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ И ФЕНТАНИЛОМ

Әуезханқызы Д., резидент 2 курса АО «ЮКМА» по специальности «Анестезиология и реаниматология, в том числе и детская», г.Шымкент,Казахстан, dana.uezkhankyzy@mail.ru

Юнусметов Э.Ш., резидент 2 курса по специальности «Анестезиология и реаниматология, в том числе и детская, АО «ЮКМА», г.Шымкент,Казахстан, yunusmetov.eldor@mail.ru

Алдешев А.А., к.м.н., доцент кафедры «Скорая медицинская помощь и сестринское дело» АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан, okv.ch@mail.ru,

Цели и задачи: изучить влияние атропина на биспектральный индекс (BIS) в ответ на эндотрахеальную интубацию во время индукции анестезии пропофолом и фентанилом

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКБ №1 г. Шымкент в период с 26 V - 29 X 2020 г., у 48 пациентов, в возрасте 19 - 50 лет, ASA I или II [1], проходивших курс общей анестезии.

Критерии исключения включали наличие в анамнезе гипертонии, глаукомы, гиперплазии предстательной железы и неврологических расстройств. Перед операцией премедикация не проводилась. Всем пациентам по прибытии в операционную проводилось наблюдение с помощью электрокардиограммы, пульсоксиметра, неинвазивного измерения артериального давления и BIS [3], который был размещен на лбу в соответствии с инструкциями производителя.

Анестезию индуцировали пропофолом с концентрацией в месте воздействия 10 мг /мл. Через две минуты фентанил начинали с концентрации в месте воздействия 50 мкг/мл. Инфузии пропофола и фентанила готовили в шприцах по 50 мл с использованием 1% пропофола и 2 мл фентанила.[2] Через четыре минуты после начала индукции пациенты были случайным образом распределены для приема либо физиологического раствора (контрольная группа, n = 24), либо атропина в дозе 0,5 мг/кг (группа атропина, n = 24) . Рокуроний 0,6 мг/кг вводили после потери сознания. Анестезиолог провел интубацию трахеи через 10 минут после введения анестетика. Поэтому интубация была выполнена примерно через 7 мин после введения рокурония. Легкие пациентов вентилировались вручную перед интубацией трахеи, а затем проводилась механическая вентиляция для поддержания конечного прилива CO₂ из 30-35 мм рт.ст. при 60 % вдыхаемого кислорода с воздухом. Пропофол и фентанил поддерживались в начальной концентрации в месте целевого воздействия в течение 15 минут при отсутствии какой-либо хирургической стимуляции до конца периода исследования. Гипотензия и брадикардия, требующие лечения, определялись как среднее артериальное давление < 55 мм рт.ст. или систолическое артериальное давление 80 мм рт.ст. и частота сердечных сокращений < 45 ударов в минуту, соответственно. При необходимости эти состояния корректировались анестезиологом фенилэфрином или гликопирролатом. Среднее артериальное давление, ЧСС, SpO₂ и BIS регистрировались в следующие моменты времени: до введения анестезии (в состоянии бодрствования), от 6 до 2 минут до интубации в интервалы в 2 минуты (временная точка от -6 до -2), непосредственно перед интубацией (временная точка 0, базовая линия) и через 5 минут после интубации с интервалом в 1 минуту (временная точка 1-5). Изменение BIS при оротрахеальной интубации определялось как разница между исходным значением (момент времени 0) и максимальное значение в течение первых 5 мин после интубации. Первичной конечной точкой было максимальное процентное изменение показателя BIS после эндотрахеальной интубации.

Результаты и обсуждения. Сорок восемь пациентов завершили исследование.

Один пациент из контрольной группы был исключен из анализа из-за отсутствия интервала между началом целевая контролируемая инфузией пропофола и потерей чувствительности к словесной команде открыть глаза.в течение 9 минут. Не было никаких существенных различий в характеристиках пациентов и времени локализации между двумя группами. Во время индукции анестезии у 6 и 3 пациентов была гипотензия, которую лечили фенилэфрином в контрольной группе и атропином, соответственно, и у 1 пациента была брадикардия, которую лечили гликопирролатом в контрольной группе. После эндотрахеальной интубации изменение BIS во времени было значительно различным между группами . От 2 до 5 мин после интубации трахеи БИС был значительно выше в группе атропина , чем в контрольной группе . По сравнению с исходными значениями (непосредственно перед интубацией) БИС значительно увеличился через 1 мин после интубации в обеих группах, тогда как он значительно снизился с 4 до 5 мин после интубации только в контрольная группа. Среднее значение \pm SD DBIS составило $8,8 \pm 11,1$ и $10,2 \pm 9,63$ в контрольной группе и группе атропина, соответственно, без межгрупповых различий . После эндотрахеальной интубации изменение ЧСС, но не САД, во времени достоверно различалось между группами . Среднее артериальное давление было значительно выше в группе атропина , чем в контрольной группе, за 2 минуты до интубации до исходных значений и от 3 до 5 минут после интубации . По сравнению с исходными значениями САД значительно увеличилась с 1 до 4 мин после интубации в контрольной группе и с 1 до 3 мин после интубации в группе атропина. Частота сердечных сокращений была значительно выше в группе атропина, чем в контрольной группе, за 4 минуты до интубации до исходных значений, и от 1 до 5 мин после

интубации. По сравнению с исходными значениями, ЧСС значительно увеличилась с 1 до 3 мин после интубация в обеих группах.

Выводы. В заключение следует отметить, что атропин (0,5 мг/кг) поддерживал увеличение BIS в ответ на эндотрахеальную интубацию во время индукции анестезии целевой контролируемой инфузией пропофолом и фентанилом. Однако это не оказало существенного влияния на BIS до интубации.

Литература

1. <https://www.asahq.org>
2. Kawaguchi M, Takamatsu I, Kazama T. Rocuronium dosedependently suppresses the spectral entropy response to tracheal intubation during propofol anaesthesia. Br J Anaesth. 2009
3. Meuret P, Backman SB, Bonhomme V, Plourde G, Fiset P. Physostigmine reverses propofol-induced unconsciousness and attenuation of the auditory steady state response and bispectral index in human volunteers. Anesthesiology. 2000
4. Coste C, Guignard B, Menigaux C, Chauvin M. Nitrous oxide prevents movement during orotracheal intubation without affecting BIS value. Anesth Analg. 2000

УДК 616:12-008;616: 24-007.63

МРНТИ76.29.29

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Қауызбай Ж.Ә., Сейдахметова А.А., Оспанбек А.К., Ходжакулова У.А., Мусаева А.Г.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Аннотация

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) - одно из наиболее распространённых заболеваний органов дыхания и на современном этапе является важной проблемой здравоохранения, так как ассоциируется с неуклонным ростом трудопотерь, заболеваемости, распространенности и смертности. Главной причиной, затрудняющей выбор оптимальной тактики лечения пациента с ХОБЛ и снижающей ее эффективность, является то, что такие больные, как правило, имеют ряд сопутствующих хронических заболеваний. Помимо этого, коморбидные состояния очень часто ведут к снижению качества жизни уже на ранних стадиях ХОБЛ, увеличивают затраты в системе здравоохранения на комплекс мероприятий по поддержке больных с обструктивными заболеваниями легких. В настоящем обзоре нам хотелось бы рассмотреть ССЗ, сопутствующие ХОБЛ, поскольку они являются одними из наиболее частых и значимых для прогноза нозологий у данной категории пациентов, а также привести актуальные данные соответствующих клинических рекомендаций, касающиеся особенностей ведения коморбидных больных ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, коморбидные состояния, артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, аритмия, Ишемическая болезнь сердца.

Хроническая обструктивная болезнь легких - третья причина смерти по всем мире, от которой в 2019 г. умерло 3,23 млн человек [1]. Более 80% этих случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД). ХОБЛ вызывает стойкие и прогрессирующие респираторные симптомы, к которым относятся одышка, кашель и/или выделение мокроты.

В конце 2017 г. вышел в свет новый пересмотр Глобальной инициативы по диагностике, лечению и профилактике хронической обструктивной болезни легких – ХОБЛ (GOLD 2018 – Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) [1]. Обновленные рекомендации рассматривают последние достижения в области диагностики, стратегий терапии и роли сопутствующих заболеваний у больных ХОБЛ. Существенная часть нового документа посвящена диагностике и лечению коморбидных состояний у пациентов с ХОБЛ. Помимо важности выявления и лечения обструктивного апноэ сна, рака легких в GOLD 2018 говорится о первоочередном значении осведомленности врача о наличии у больного ХОБЛ сопутствующих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой патологии как наиболее часто встречающейся, а также их рационального лечения с минимизацией полипрагмазии. Следует подчеркнуть, что ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, особенно среди курящих пациентов старше 40 лет [2]. Несмотря на проводимые в мировых масштабах исследования по проблеме данного заболевания, активное

развитие программ и затраты в сфере здравоохранения, связанные с борьбой с ХОБЛ, результаты статистического анализа свидетельствуют о дальнейшей тенденции к увеличению смертности на фоне ХОБЛ [2]. В противоположность этому число смертей от других наиболее распространенных причин летальных исходов – рака и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – имеет тренд снижения. Главной причиной, затрудняющей выбор оптимальной тактики лечения пациента с ХОБЛ и снижающей ее эффективность, является то, что такие больные, как правило, имеют ряд сопутствующих хронических заболеваний. Наличие у больных ХОБЛ коморбидной патологии связано в первую очередь с общностью факторов риска данных заболеваний, и ведущую роль здесь играют возраст и курение. ХОБЛ существенно зависят ключевые особенности лечения легочного процесса, и в связи с этим необходимость обращать детальное внимание на сопутствующие заболевания подчеркивается уже в первой главе GOLD 2018 [3], где указано следующее: «У большинства пациентов ХОБЛ ассоциируется с клинически значимыми сопутствующими хроническими заболеваниями, которые увеличивают заболеваемость и смертность на фоне нее». Помимо этого, коморбидные состояния очень часто ведут к снижению качества жизни уже на ранних стадиях ХОБЛ, увеличивают затраты в системе здравоохранения на комплекс мероприятий по поддержке больных с обструктивными заболеваниями легких и создают дополнительные затруднения для лечащих врачей.

Артериальная гипертензия среди коморбидных состояний при ХОБЛ одно из первых мест по встречаемости занимает АГ, увеличивая количество госпитализаций и смертность независимо от ХОБЛ. В свою очередь, ХОБЛ выявляется у каждого четвертого пациента с АГ в возрасте от 25 до 64 лет. У большинства больных (87,5%) АГ развивается на фоне заболеваний легких, в среднем через 11 лет, лишь в 12,5% АГ предшествует развитию легочной патологии [5]. В последнем исследовании S.Kim и соавт. (2017 г.) [4] ХОБЛ была диагностирована у 22,9% лиц, страдающих АГ, и у 14,3% лиц без нее. В настоящее время отсутствует однозначная трактовка патогенеза АГ при ХОБЛ. Существуют две точки зрения по данному вопросу. Первая заключается в том, что оба заболевания развиваются независимо друг от друга и патогенетически не связаны, сторонники второй теории рассматривают ХОБЛ в качестве инициирующего фактора развития АГ у коморбидного пациента (так называемая пульмоногенная АГ) [6]. Центральным пусковым механизмом развития АГ у пациентов с ХОБЛ служит гипоксия, вызывающая активацию симпатoadреналовой нервной системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, как следствие, происходят вазоконстрикция и выброс альдостерона [7]. Кроме того, играет роль угнетение эндотелий зависимой вазодилатации (повышенная выработка эндотелина, тромбоксана, снижение секреции оксида азота) и резкие колебания внутригрудного давления, возникающие во время эпизодов удушья [10]. Последние приводят к значительной активации симпатической нервной системы и развитию вазоконстрикции, а также влияют на синтез гормонов, ответственных за регуляцию объема циркулирующей крови (простагландины, предсердный натрийуретический пептид). Что касается медикаментозного лечения АГ при сопутствующей ХОБЛ, то в GOLD 2018 [8] по этому вопросу имеется довольно небольшой объем информации – эксперты указывают на необходимость контроля артериального давления (АД) в соответствии с действующими рутинными рекомендациями по лечению АГ, не выделяя каких-либо особенностей в принципах терапии последней. При этом в пока еще актуальных Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ 2013 г. [9] раздел по особенностям антигипертензивной терапии у пациентов с ХОБЛ отсутствует в принципе.

ХОБЛ и хроническая сердечная недостаточность. Проблема коморбидности ХОБЛ и ХСН в настоящее время является весьма актуальной. Застойная ХСН и ХОБЛ имеют ряд общих факторов риска, среди которых прежде всего необходимо отметить курение, и сходные патофизиологические механизмы развития, нередко сосуществующие у отдельно взятого пациента. Распространенность симптомов ХСН у больных ХОБЛ в значительной степени зависит от течения данного заболевания - стабильная фаза/обострение. Так, в исследованиях, где наблюдались больные со стабильным течением ХОБЛ, ХСН, по разным данным, встречалась в 3,8–16% случаев, при обострениях же ХОБЛ этот показатель возрастал до 48% [11]. Также следует указать, что ХСН входит в число наиболее частых причин госпитализации и летальных исходов у больных ХОБЛ и в целом ухудшает их прогноз. В то же время ХОБЛ служит независимым фактором риска смерти у пациентов с ХСН [22]. Имеются данные о том, что коморбидность ХОБЛ и ХСН усиливает дисфункцию правого желудочка. Нарушения со стороны левого желудочка (ЛЖ) наблюдаются при ХОБЛ в 20% случаев, однако, как правило, остаются не выявленными [13]. В одном из исследований [11], где изучалась частота встречаемости нераспознанной ХСН у 405 больных пожилого возраста (средний возраст 73 года) со стабильным течением ХОБЛ, ранее не диагностированная ХСН была выявлена у 83 (20,5%) человек, из них 1/2 больных имели систолическую дисфункцию ЛЖ, а другие 1/2 участников – диастолическую дисфункцию. ИБС служила основной причиной систолической дисфункции ЛЖ, тогда как АГ, гипертрофия ЛЖ и фибрилляция предсердий (ФП) были частыми причинами диастолической дисфункции ЛЖ. Таким образом, распространенность ХСН при стабильном течении ХОБЛ оказалась в 4 раза выше, чем в целом в популяции лиц старше 65 лет. В отдельных случаях диагностика ХСН у пациентов с ХОБЛ может быть затруднена. Это связано с рядом причин. Так, у 10–35% больных проведение эхокардиографии сопряжено со снижением качества ультразвукового окна на фоне

гиперинфляции легочной ткани [15]. Сходным образом при рентгенографии органов грудной клетки повышенная воздушность легких может препятствовать визуализации расширенной тени сердца, а ремоделирование пульмонального сосудистого ложа создает трудности в идентификации характерных признаков интерстициального отека легких. Более того, при проведении спирометрии признаки бронхиальной обструкции, свойственные ХОБЛ, могут наблюдаться на фоне острой декомпенсации ХСН.

Еще один диагностический маркер ХСН - мозговой натрийуретический пептид – также не является специфичным параметром для левожелудочковой недостаточности, и его уровень может повышаться при ХОБЛ [12]. Сложности диагностики ХСН у пациентов с ХОБЛ связаны со схожестью симптомов заболеваний и трудностей в интерпретации результатов спирометрии, особенно при сниженной фракции выброса ЛЖ. Коморбидность ХОБЛ и ХСН ассоциируется с более плохим функциональным статусом и неблагоприятным прогнозом. Как бы то ни было, ХСН более распространена среди пациентов с ХОБЛ по сравнению с общей популяцией, причем эта закономерность справедлива, даже если в расчет не брать фактор курения.

Благодаря общим факторам риска ХСН и ХОБЛ, в частности курению и пожилому возрасту, а также широкой распространенности АГ и ИБС у больных ХОБЛ существенно выше риск развития ХСН. Кроме того, считается, что системное воспаление, имеющее место при хронических заболеваниях легких, потенцирует прогрессирование атеросклероза и тем самым увеличивает риск ХСН. Согласно результатам исследования UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) [13] на фоне обострений ХОБЛ усиливается выраженность воспаления в организме и увеличивается число инфарктов миокарда, что, в свою очередь, может рассматриваться как патофизиологическая основа взаимосвязи между обострениями ХОБЛ и повышением на фоне этого частоты симптомов ХСН. ХСН существенно снижает качество жизни пациентов с ХОБЛ независимо от пола, возраста, расы и прочих коморбидных состояний.

По данным исследования ECLIPSE (The Evaluation of Chronic obstructive pulmonary disease Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points), сопутствующая ХОБЛ ХСН увеличивает смертность, индекс одышки, BODE-индекс (Body mass index, Obstruction, Dyspnea, and Exercise – индекс массы тела, обструкция, одышка и нагрузки) и снижает дистанцию, которую пациент преодолевает при тесте 6-минутной ходьбы. Длительно текущая ХОБЛ тяжелой степени может осложниться легочной гипертензией, которая, в свою очередь, может способствовать развитию правожелудочковой недостаточности с застойными явлениями. Следует отметить, что неинвазивная вентиляция легких в качестве дополнения к стандартной терапии улучшает исходы у пациентов с острой дыхательной недостаточностью вследствие гиперкапнического обострения ХОБЛ или острого отека легких на фоне сердечной недостаточности.

ХОБЛ и нарушения ритма сердца. В последние годы к проблеме аритмий у больных ХОБЛ в разных стадиях заболевания и периодах обострения привлекается все большее внимание. Госпитальная смертность коморбидных пациентов с тяжелой ХОБЛ и нарушениями ритма сердца достигает 31%, тогда как среди больных, имеющих аритмии без ХОБЛ, находится в пределах 8%. У больных ХОБЛ в период обострения заболевания относительно часто встречается внезапная смерть. Интересны данные L.Fuso и соавт. [14], которые исследовали группу из 590 пациентов в период обострения ХОБЛ и поступавших в университетскую клинику. Исход заболевания оценивался ретроспективно. Смертность составила свыше 14%; логистический регрессионный анализ установил четыре независимых фактора: возраст, альвеоло-артериальный градиент превышал 41 мм рт. ст., желудочковая тахикардия, ФП. Авторы пришли к выводу, что различная степень дисфункции миокарда является ведущей причиной в возможном механизме развития внезапной смерти у больных ХОБЛ в период обострения. В GOLD 2018 подчеркивается, что у пациентов с тяжелой прогрессирующей одышкой сопутствующая ФП представляет собой частое явление и, может быть, как триггером, так и последствием эпизода острого обострения ХОБЛ. В целом среди всех пациентов с ФП коморбидная ХОБЛ встречается, по разным данным, у 10–18% больных [12].

По данным ESH [6] у больных ХОБЛ распространенность сопутствующей ИБС выше в 2 раза по сравнению с пациентами без ХОБЛ. Показано, что риск развития ишемии миокарда возрастает как при стабильном течении ХОБЛ, так и во время обострения и в ближайшем периоде после них. В масштабном исследовании S.Curkendall и соавт. [36] выявлен достоверно больший относительный риск (ОР) возникновения стенокардии и инфаркта миокарда у больных ХОБЛ, в том числе после поправки на другие сердечно-сосудистые факторы, наличие ССЗ в анамнезе, пол и длительность периода наблюдения. Показана связь между снижением ОФВ1 и повышенным риском развития ИБС. При наблюдении за когортой более 15 тыс. больных в течение 15 лет [10] показатели ОФВ1 от статуса курения. Вклад (атрибутивный риск) снижения ОФВ1 в летальность от ИБС был таким же, как атрибутивный риск гиперхолестеринемии.

В популяционном исследовании (n=1861) у людей с более низкими значениями ОФВ1 (в среднем 63% от должного) по сравнению с лицами с высоким ОФВ1 (в среднем 109% от должного) ОР сердечно-сосудистой летальности составил 3,36 (95% доверительный интервал – ДИ 1,54–7,34), а ОР летальности от ИБС – 5,65 (95% ДИ 2,26–14,13). Как и в случае ХСН, сопутствующая ХОБЛ ИБС нередко остается недиагностированной. Механизм, объясняющий превалирование ИБС среди больных ХОБЛ по сравнению с

общей популяцией, сложен и к настоящему времени остается до конца не выясненным. Вероятно, здесь в патогенез вовлечены сочетание большого количества факторов риска у таких пациентов, хроническое системное воспаление, потенцирующее атеросклеротический процесс и усиливающееся в период обострений, эндотелиальная дисфункция, психологический стресс, связанный с наличием нескольких заболеваний [15].

Жесткость артерий, измеренная с помощью оценки скорости пульсовой волны, является на сегодняшний день независимым предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и смертности. Следует отметить, что данный показатель повышен у пациентов с ХОБЛ и демонстрирует корреляционные взаимосвязи с выраженностью эмфиземы легких по данным компьютерной томографии, а также ассоциирован с тяжестью бронхиальной обструкции [10].

Более того, в работе P.Eickhoff и соавт. [11] показано, что у больных ХОБЛ в сравнении с курящими и некурящими здоровыми лицами существенно нарушается как эндотелий зависимая, так и эндотелий независимая вазодилатация. При ХОБЛ чаще наблюдаются утолщение сонных артерий, а также ускорение процесса формирования атеросклеротических бляшек, причем такие бляшки имеют более объемное липидное ядро, ведущее к их нестабильности, разрывам и как результат – к тем или иным сердечно-сосудистым и цереброваскулярным осложнениям. Несмотря на то что конкретные механизмы, способствующие развитию ИБС при ХОБЛ, остаются до конца не выясненными, наличие временной взаимосвязи между обострением легочного процесса и возникновением ишемических событий, с одной стороны, и ассоциированность данных явлений с маркерами системного воспаления (С-реактивный белок, фибриноген) – с другой позволяют говорить о воспалении как объединяющем и значимом факторе в патогенезе обоих заболеваний [9]. Как обнаружено в исследованиях последних лет, у пациентов с ХОБЛ с ишемическими изменениями на электрокардиограмме существенно снижается дистанция, которую они могут пройти при тесте 6-минутной ходьбы (как правило, данный показатель составляет менее 350 м), что, в свою очередь, служит предиктором роста смертности [8].

Данная работа проведена в рамках реализации Южно-Казахстанской медицинской академией НТП ПЦФ ИРН №OR12165486, ClinicalTrials.gov ID: NCT05122832 «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» по теме «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Казахстан: поперечное исследование».

Список литературы

1. Эргешова Л.А. \ Лёгочная реабилитация больных хронической обструктивной болезнью лёгких \ Москва-2015- стр 11-17
2. Hillas G, Perlikos F, Tsiligianni I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015; 10: 95–109. DOI: 10.2147/COPD.S54473
3. Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA et al. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5 (4): 549–55.
4. MacNee W. Systemic inflammatory biomarkers and co-morbidities of chronic obstructive disease. *Ann Med* 2013; 45 (3): 291–300.
5. Chazova I.E., Chuchalin A.G., Zykov K.A. i dr. Diagnostika i lechenie patsientov s arterial'noi gipertoniei i khronicheskoi obstruktivnoi bolezn'iu legkikh (Rekomendatsii Rossiiskogo meditsinskogo obshchestva po arterial'noi gipertonii i Rossiiskogo respiratornogo obshchestva). *Systemic Hypertension*. 2013; 10 (1): 5–34. [in Russian]
6. Farsang c, Kiss I, Tykarski A, Narkiewicz K. Treatment of Hypertension in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Update on Hypertension Management in COPD. *Scientific Newsletter*. 2016, 17, nr. 62. <http://www.eshonline.org/esh-content/uploads/2016/06/Treatment-of-Hypertension-in-Patients-With-Chronic-Obstructive-Pulmonary-Disease-COPD.pdf>
7. Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, Manfreda J. Lung Health Study Research Group.
8. Сулимов В.А., Голицын С.П., Панченко е.п. и др. диагностика и лечение фибрилляции предсердий. рекомендации рко, вноа и ассх. м., 2012. / Sulimov V.A., Golitsyn S.P., Panchenko E.P. i dr. Diagnostika i lechenie fibrillatsii predserdii. Rekomendatsii RKO, VNOA i ASSKh. M., 2012. [in Russian]
9. Curkendall SM, DeLuise C, Jones JK et al. Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Canada cardiovascular disease in COPD patients. *Ann Epidemiol* 2006; 16 (1): 63–70.
10. Баймаканова Г.Е. Сердечно-сосудистые заболевания у больных хобЛ: проблема выбора лекарственных препаратов. атмосфера. пульмонология и аллергология. 2008; 2: 3–/ Avdeev S.N., Baimakanova G.E. Serdechno-sosudistye zabolevaniia u bol'nykh KhOBL: problema vybora lekarstvennykh preparatov. Atmosfera. Pul'monologiya i allergologiya. 2008; 2: 3–8. [in Russian]
11. Hole DJ, Watt GC, Davey-Smith G et al. Impaired lung function and mortality risk in men and women: findings from the Renfrew and Paisley prospective population study. *BMJ : Br Med J* 1996; 313 (7059): 711–6.

12. Sin DD, Wu L, Anderson JA et al. Inhaled corticosteroids and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2015; 60 (12): 992–7.
13. McAllister DA, Maclay JD, Mills NL et al. Arterial stiffness is independently associated with emphysema severity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176 (12): 1208–14.
14. Eickhoff P, Valipour A, Kiss D et al. Determinants of systemic vascular function in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 178 (12): 1211
15. Watt GC, Davey-Smith G et al. Impaired lung function and mortality risk in men and women: findings from the Renfrew and Paisley prospective population study. *BMJ : Br Med J* 1996; 313 (7059): 711–6.

Түйін

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ҚАТАР ЖҮРЕТІН АУРУЛАРЫ

Қауызбай Ж. Ә., Сейдахметова А. А., Оспанбек А. К., Ходжакулова У., А. Мусаева А.Г.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) - еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне алып келетін, ауруды таралуы мен өлім-жітім көрсеткішінің тұрақты өсуімен сипатталатын тыныс алу жүйесінің ең көп таралған ауруларының бірі және қазіргі кезеңде денсаулық сақтаудың маңызды мәселелесі болып табылады. ӨСОА бар науқастарды емдеудің оңтайлы тактикасын таңдауды қиындататын және оның тиімділігін төмендететін негізгі себептердің бірі - науқастарда, әдетте, бірқатар қосымша созылмалы аурулардың болуы. Сонымен қатар, коморбидті жағдайлар көбінесе ӨСОА-ның алғашқы кезеңдерінде өмір сүру сапасының төмендеуіне әкеледі, өкпенің обструктивті аурулары бар науқастарды қолдау жөніндегі іс-шаралар кешеніне денсаулық сақтау жүйесіндегі шығындарды арттырады. Осы шолуда біз ӨСОА-мен бірге жүретін жүрек-қан тамыр ауруларын қарастырғымыз келеді, өйткені олар пациенттердің осы санатындағы нозологияларды болжау үшін ең жиі және маңызды болып табылады, сонымен қатар ӨСОА-мен ауыратын науқастарды басқару ерекшеліктеріне қатысты тиісті клиникалық ұсыныстардың өзекті мәліметтерін береді. **Кілт сөздер:** өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, коморбидтік жағдай, артериялық гипертония, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, аритмия, жүректің ишемиялық ауруы.

Summary

CONCOMITANT DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.

Kauyzbai Zh.A., Seydakhmetova A.A., Ospanbek A.K., Khodzhakulova U.A., Musaeva A.G.

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common respiratory diseases and at the present stage is an important health problem, as it is associated with a steady increase in labor loss, morbidity, prevalence and mortality. The main reason that makes it difficult to choose the optimal treatment tactics for a patient with COPD and reduces its effectiveness is that such patients, as a rule, have a number of concomitant chronic diseases. In addition, comorbid conditions very often lead to a decrease in the quality of life already in the early stages of COPD, increase the costs in the healthcare system for a set of measures to support patients with obstructive pulmonary diseases. In this review, we would like to consider cardiovascular diseases concomitant with COPD, since they are among the most frequent and significant for the prognosis of nosologies in this category of patients, as well as provide up-to-date data on relevant clinical recommendations concerning the management of comorbid patients with COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, comorbid conditions, arterial hypertension, chronic heart failure, arrhythmia, Ischemic heart disease.

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСІ

Сейілхан А.Ф., 412А Жалпы медицина. Ақтөбе, Қазақстан Республикасы, G_seilhana@mail.ru
Ерсайынов Н.Ж., 421А Жалпы медицина. Ақтөбе, Қазақстан Республикасы, 95-nurik@mail.ru
Ғылыми жетекші: Нурманов К.Ж., №1 хирургиялық аурулар кафедрасының ассистенті, Ақтөбе,
Қазақстан Республикасы, k.nurmanov@inbox.ru
ҚеАҚ «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті»

Кіріспе.

Механикалық сарғаю мен оның асқынуларын диагностикалау және емдеу қазіргі таңда гепатобилиарлы хирургияның басты және кеңінен зерттеліп жатқан салаларының бірі болып қалуда. Өт жолдарының гипертензиясын немесе механикалық тосқауылды жоймай, тағайындалған антибактериальды терапия мен қабынуға қарсы дәрі-дәрмектерден толық нәтиже болмайды [1,2]. Уақытында өт жолдарының гипертензиясын декомпрессия жасамау, көптеген науқастарда холангит пен бауырдың миллиарлы абсцестері дамып, операциядан кейінгі асқынулардың даму жиілігі жоғарлайды. Қазіргі таңда механикалық сарғаюды диагностикалау мен емдеуде эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография (ЭРПХГ) мен эндоскопиялық папилосфинктеротомияның (ЭПСТ) маңызы зор [3,4].

Мақсаты. Механикалық сарғаюды диагностикалау мен емдеуде эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиографияның және ЭПСТ-ның тиімділігін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу жұмысы Ақтөбе қаласының жедел дәрігерлік көмек ауруханасының жалпы хирургия бөлімінде жүргізілді. Зерттеу жұмысы 2019-2020 жылдар аралығында жүргізілді. Зерттеуге жалпы саны 94 науқас алынды. Соның ішінде 60 әйел, 34 ер адам. Жас шамалары 18-89 жас аралығында. Науқастардың көпшілігі стационарға жедел түрде сарғаю дамығаннан кейінгі 2 - 8 тәуліктен соң түсті. Стандартқа сай емдеу-диагностикалық алгоритмге инструменталды және зертханалық тексеру әдістері тағайындалды. Механикалық сарғаюды диагностикалау мақсатында: іш қуысының УДЗ, холангио режимде МРТ және эндоскопиялық эзофагогастроуденоскопия қолданды. Сонымен қатар егде тартқан науқастарға жүректің УДЗ жасалып, кардиолог кеңестері тағайындалды. Зертханалық тексеру әдістерінен қанның биохимиялық анализдерінің ішінде жалпы билирубинге, тура билирубинге, АлТ, АсТ, сілтілі фосфатазға, зәр амилазасына, қан лейкоцитіне, қанның ұю уақытына көңіл бөлінді.

Науқастарға түскен бойда диагностикалық зерттеумен қатар, операция алды дайындық және операциядан кейінгі асқынулардың алдын-алу мақсатында кешенді консервативті терапиялар тағайындалды. Олардың қатарына: қанның реологиялық және су-электролит балансын қалыпқа келтіру масатында детоксикациялық инфузионды терапия, спазмалитикалық, антибактериальды, холемиялық қан кетудің алдын-алу үшін гемостатикалық терапия, ауыр бауыр жетіспеушілігі кезінде гепатопротекторлар, витаминотерапия, гормонды терапия, асқазан-ішек жолдарынан қан кету және жедел эрозиялардың алдын-алу мақсатында антацидтер мен протон насосының ингибитрлері.

Қорытынды және талқылаулар. Механикалық сарғаюмен келіп түскен 94 науқасқа консервативті терапиядан және толық тексеруден кейін 3 және 4 тәуліктерден соң өт жолдарының гипертензиясын жою және бауыр жетіспеушілігінің алдын-алу мақсатында эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангиография, папилосфинктеротомия, холедохолитэкстракция, холедохты эндопротездеу операциясы тағайындалды. 81 науқаста ЭРПХГ+ЭПСТ+холедохолитэкстракция жасалды. ЭРПХГ және ЭПСТ операциясынан кейінгі асқынулар: 13 науқаста жедел панкреатит дамып, операциядан кейінгі консервативті терапия көмегімен қабыну белгілері басылды; 4 науқаста ұйқы безі басының қатерлі ісігіне байланысты ЭРПХГ+ЭПСТ+холедохқа өздігімен кеңейетін стенд қою операциясы жасалды; 9 науқаста холедохтағы тастың көлемі 2 см-ден жоғары болуына байланысты дәстүрлі операция: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохты Пиковский бойынша сыртқа дренаждау операциясы жасалды. Операциядан кейінгі кезендерде іш қуысының УДЗ тексеруінде холедох қуысының толық босағаны және холедох көлемінің қалыпқа келгені анықталды. ФГДС-те 12 елі ішек қуысына өттің белсенді түрде түсетініне көз жеткізілді.

Нәтижелер: механикалық сарғаюды диагностикалау мен емдеуде ЭРПХГ+ЭПСТ қолдану – науқастарда операциядан кейінгі кезендерде клиникалық, инструменталды және зертханалық зерттеу көрсеткіштері бойынша сарғаюдың тез басылатыны анықталды.

Кілт сөздер: холедохолитиаз, механикалық сарғаю, эндоскопиялық ретроградты панкреатохолангио-графия.

Әдебиеттер

1. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии: с приложением CD-ROM «Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии» / Э.И. Гальперин [и др.]; под ред. Э.И. Гальперина и Т.Г. Дюжевой. — Москва: Видар-М, 2011. — 536 с.

2. Brown K.T Management of malignant biliary obstruction / K.T. Brown, A.M. Covey // Techn. Vasc. Intervent. Radiol. — 2008. — Vol. 11 (1). — P. 43-50.
3. Майстренко Н.А. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромашенко, Е.Ю. Струков // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. — Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. — С. 118.
4. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю.А. Пархисенко [и др.] // Украинский журнал хирургии. — 2013. — № 3. — С.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИД-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА И ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Халмунинов Д.Д., Абдурасулова Ф.Б. Койшибаев Ж.М. Тургумбаев Т.Н., Абильмажинов М.Т. НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан.

Введение. Бактериальная транслокация играет важную роль в развитии различных гнойно-септических осложнений при острой кишечной непроходимости (ОКН), при которых задействуются большое число медиаторов воспаления и микробных продуктов, которые на сегодня рассматриваются в качестве биомаркеров.

Материалы и методы. Было использовано 131 крыса, разделенных на 2 группы: 1-ая группа с ОКН (91 крыса), 2-ая – sham группа (40 крыс). Обе группы поделены на 4 подгруппы в зависимости от сроков наблюдения (1, 2, 3, 5 и 7 сутки). Определение биомаркеров липополисахарид-связывающего белка (LBP) и прокальцитонина (PCT) в сыворотке крови производилось на ИФА-роботизированной системе Evolis от BioRad. Для каждого показателя рассчитывали среднее значение \pm стандартное отклонение.

Результаты исследований. Минимальный показатель PCT в Sham группе зафиксирован на 1 сутки ($45,2 \pm 20,4$ пг/мл) и максимальный на 7 -ые ($75,0 \pm 11,6$ пг/мл). В группе же с ОКН отмечается резкий подъем PCT на 1 сутки ($245,2 \pm 265,8$ пг/мл) относительно Sham группы ($p=0,05$) с максимальным его значением на 5 сутки ($517,8 \pm 363,1$ пг/мл) и на 7 сутках ($419,4 \pm 245,0$ пг/мл), что в 5,6 раз выше, чем в группе сравнения ($p=0,03$). Уровень же LBP на 1 сутки в группе ОКН и Sham достигали максимальных значений ($371,5 \pm 158,2$ и $354,9 \pm 121,4$ нг/мл). На 3, 5 сутки эксперимента в Sham группе, отмечается снижение уровня LBP в 2 раза ($167,7 \pm 21,8$ и $88,6 \pm 22,9$ нг/мл) с некоторым повышением на 7 сутки. В группе с ОКН уровень LBP на 3 сутки снизился в 1,2 раз ($299,1 \pm 121,6$ нг/мл). На 5 сутки уровень LBP сохраняется повышенным ($289,7 \pm 127,7$ нг/мл), что в 3,2 раза выше, чем в Sham группе ($p=0,01$) и на 7 сутки отмечается тенденция к снижению LBP в динамике ($212,2 \pm 90,6$ нг/мл).

Заключение. Изучение динамики уровня LBP и PCT показало, что оба протеина являются ранними индикаторами бактериальной транслокации кишечной микрофлоры в системный кровоток, сопровождающей развитие ОКН и являющейся субстратом для развития генерализованных септических осложнений.

Сведения об авторах:

Халмунинов Д.Д., резидент факультета общей хирургии 3 года обучения, НАО МУА г.Нур-Султан, Казахстан.

Абдурасулова Ф.Б., студентка 4 курса факультет Общей Медицины НАО МУА г. Нур-Султан, Казахстан.
Койшибаев Ж.М., доцент кафедры Травматологии НАО МУА PhD-докторант кафедры хирургических болезней; e-mail: koishibayevz@gmail.com, Тургумбаев Т.Н., Абильмажинов М.Т.

УДК 618.14-002
МРНТИ 76.29.48

Глеужан Р.Т. - к.м.н., и.о доцента кафедры акушерства и гинекологии, Южно-Казахстанская медицинская Академия, г.Шымкент, Казахстан, tleuzhan76@mail.ru
Коловоротная Т.В, Валиева Ф.М, резиденты 1 курса, факультет «Акушерство и гинекология взрослая, детская», г. Шымкент, Казахстан, Kolovorotnaya.t@mail.ru, firuz.valiyeva@mail.ru

ОТ ИСКУССТВЕННОГО КЛИМАКСА ДО ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Эндометриоз - патологический процесс, характеризующийся ростом и развитием ткани, подобной по структуре и функциям эндометрию, за пределами границ нормальной локализации (слизистой оболочки тела матки). Эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины.

В статье проведено клиническое наблюдение пациентки 27 лет с эндометриозом и бесплодием. Учитывая наличие эндометриоза, больной в плановом порядке проведено оперативное лечение, что дало выраженный положительный эффект и у пациентки наступила желанная беременность.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, лапароскопия.

Актуальность проблемы. Эндометриоз - дисгормональное иммунозависимое и генетически детермини-рованное заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическими и функциональным свойствам подобное эндометрию. Традиционно принято выделять генитальный эндометриоз, поражающий половые органы, и экстрагенитальный, топографически несвязанный с тканями и органами. Название каждой нозологической формы состоит из названия группы заболеваний - «Эндометриоз» и указания локализации эндометриозидных гетеротопий, например, Эндометриоз брюшины, Эндометриоз кишечника, Эндометриоз послеоперационного рубца, Эндометриоз мозга и т.д. [1].

Этиология и патогенез неизвестны до настоящего времени. Эндометриоз считают «болезнью-загадкой». Существует множество патогенетических теорий эндометриоза. Все они имеют как веские доказательства, так и множество белых пятен, пока, к сожалению, остаются лишь теориями.

Теории патогенеза: *Эмбриональная и дизонтогенетическая теория. *Теория эндометриального происхождения (транслокационная, имплантационная, гормональная теория, теория диссеминации); *Гормональная теория. * Метастатическая теория; *Онкогенная теория. *Генетическая теория. *Экологическая теория [2].

Один из основных признаков эндометриоза - прогрессирующий болевой синдром, выраженный в пред-менструальном периоде и во время менструации. Характерны тянущие боли внизу живота и в области поясницы. Маточные кровотечения обильные, упорные, плохо поддаются симптоматическому лечению и часто приводят к развитию анемии. Частота бесплодия при эндометриозе, по сведениям различных авторов, колеблется от 30 до 80% [3]. Очень часто эндометриоз бывает случайной находкой во время хирургического вмешательства у женщин, оперируемых по поводу бесплодия. Бесплодие при эндометриозе обусловлено различными причинами: локализацией очагов эндометриоза в трубных углах матки, нарушением транспорта и имплантации плодного яйца, сопутствующим воспалительным процессом, неполноценной лютеиновой фазой и ановуляцией [4].

Проанализирован клинический случай наступления беременности у женщины с выраженным генитальным инфильтративным эндометриозом и бесплодием.

Пациентка К., 1994г рождения, поступила в стационар в плановом порядке с жалобами на тянущие боли внизу живота при менструации, отсутствие беременности, общую слабость.

Анамнез заболевания: со слов пациентки тянущие боли внизу живота беспокоят в течение 4-х лет. В течение 5 лет отмечает отсутствие наступления беременности при регулярной половой жизни, без применения контрацептивов. Муж со слов фертилен. Наблюдалась в разных клиниках. При проведении УЗИ органов малого таза диагностирована фолликулярная киста размерами 4,0 см в декабре 2020г. Лечение по поводу кисты не принимала. Обратилась в частную клинику, где повторно проведено УЗИ органов малого таза 28.12.2020г. Заключение: Диффузные изменения в миометрии. Эндометриозидная киста справа. Консультирована врачом клиники. Учитывая жалобы больной, наличие эндометриозидной кисты, решено провести плановое оперативное лечение.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Туберкулёз, кожно-венерологические вен заболевания, вирусный гепатит отрицает. Перенесенные заболевания: Хронический аллергический ринит, принимает Бетаметазон 100 мг при обострении. Операций, гемотрансфузий не было.

Аллергоанамнез — Пенициллин, Оксамп, Офломицин в виде анафилактического шока. Вредные привычки: курение, алкоголизм нет.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, через каждые 23-24 дней, продолжительность 6-7 дней, болезненные, регулярные, умеренные. Последняя менструация - 22.12.20г. Половая жизнь с 26 лет. Беременность - 0, Роды - 0. Гинекологические заболевания: Эндометриоидная киста правого яичника с 28.12.2020г. Бесплодие I.

Эпидемиологический анамнез: не отягощен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Язык влажный, чистый. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Рост- 164см, Вес- 84 кг, ИМТ- 31,2. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70мм.рт.ст.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул оформленный. Мочиспускание свободное, безболезненное.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы без патологий. На зеркалах: слизистая влагалища обычной окраски, шейка матки конической формы, чистая. Выделения слизистые, умеренные. Вагинально: матка обычных размеров, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Наружный зев закрыт. Справа в области придатков определяется образование размером 4,0x3,0см, ограниченное, болезненное. Слева придатки чувствительны. Параметральная клетчатка без патологий. Своды свободные, болезненные.

При поступлении в стационар обследована: Группа крови В (III) третья, Резус фактор (+) положительный. ОАК от 05.01.21г. Нв=116г/л. Эритро-35,6*10¹²/л, Лейк-8,21*9/л, СОЭ=17м/ч, Тромб-235г/л, Эозинофилы- 0,16*10⁹/л. Время свертываемости от 05.01.21г.: начало 03:22мин/сек, конец 03:59 мин/сек

Коагулограмма от 05.01.21г.: ПВ-11,7сек, МНО-0,98ЕД, фибриноген-2,97г/л, АЧТВ-29,9, ТВ-10,8.

Б/х крови от 05.01.21г.: общий белок-72,1г/л, мочевины-3,75 ммоль/л, креатинин-48мкмоль/л, общий билирубин-2,9 мкмоль/л, АСТ-12,2МЕ/л, АЛТ-11,3. Кровь на ВИЧ от 05.01.21г в работе. Кровь на RW - от 06.01.21г: отрицательно. Маркеры гепатита В, С от 05.01.21г. – отрицательно. COVID-19 от 06.01.2021г: Ig G- 2,6, Ig M- 0,3.

ОАМ от 05.01.21г. Белок - 0,033 г/л, плоский эпителий - 11-14-13в п/зр, лейкоциты -7-9-12 в п/зр, слизь++, соли – мочевины кислота+, ураты+, относительная плотность-1015. Онкомаркеры от 05.01.21г. СА-125 от 05.12.2020: 51,58 МЕ/мл, СА-19-9 18,66.

Мазок на онкоцитологию от 05.01.21г.: NILM. Мазок на флору от 05.01.21г. 2 степень чистоты. УЗИ ОМТ от 28.12.2020г: Диффузные изменения в миометрии. Эндометриоидная киста справа. УЗИ ОБП от 05.01.2021г: Диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железе. УЗИ почек от 05.01.2021г: Солевая инкрустация чашечно-лоханочной системы. Обзорная рентгенография от 06.01.2021г: Очаговых и инфильтративных теней по легочным полям не обнаружено.

ЭКГ от 05.01.2021г: Ритм синусовый с ЧСС=70 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Консультация кардиолога от 05.01.2021г: Кардиопатологии нет. Противопоказаний к операции нет. Консультация анестезиолога от 06.01.21г. Противопоказаний к операции нет.

Выставлен диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. Бесплодие I. Сопутствующие: Хронический аллергический ринит.

В плановом порядке пациентке проведена операция: **Гистероскопия. Лапароскопия. Адгезиолизис. Цистэктомия с двух сторон. Прижигание очагов эндометриоза. Хромогистеросальпингоскопия. Санация и дренирование малого таза.**

Ревизия брюшной полости: органы брюшной полости без патологии.

Ревизия малого таза: Матка размерами 5,5x 4,5x4,0см, грушевидной формы, бледно-розовой окраски, в Retroversio, ограничена, фиксирована к заднему своду за счет спаек. В заднем своде выраженный спаечный процесс. Придатки интимно подпаяны к задней стенке матки и крестцово маточному углублению.

Придатки справа: яичник увеличен размерами до 6,0x7,0 см, деформирован, ограничен в подвижности, припаян к яичнику слева, фиксирован к подъяичниковой ямке плотными плоскостными спайками. Тупым и острым путем спайки рассечены, яичник мобилизован. Маточная труба размерами 8,5x0,5x1,0см с открытым фимбриальным концом. На уровне воронкотазовой связки визуализируются эндометриоидные гетеротопии. Биполярно гетеротопии точно коагулированы.

Слева придатки: яичник увеличен размерами до 4,0x5,0 см, деформирован ограничен в подвижности, фиксирован к подъяичниковой ямке плотными плоскостными спайками. Тупым и острым путем спайки рассечены, яичник мобилизован. Маточная труба размерами 8,5x0,5x1,0см с открытым фимбриальным концом.

Интраоперационный диагноз. **Эндометриозные кисты яичников. Тотальный наружный генитальный эндометриоз ретроцервикального пространства, задней стенки широкой связки матки, прямой кишки 4 степени. Спаечный процесс малого таза 3 степени.**

Капсула кисты правого яичника монополярно по периферии линейно коагулирована. При удалении многокамерная капсула кисты вскрылась, содержимое темно шоколадного цвета, вязкое. Содержимое отсосом абсорбировано. Капсула кисты вылущена, через левое лапаросцентное отверстие удалена из малого таза. Яичник промыт. Кровоточащие сосуды в пределах здоровой ткани коагулированы. Гемостаз сухо. Контроль гемостаза – полный.

Капсула кисты левого яичника монополярно по периферии линейно коагулирована. При удалении многокамерная капсула кисты вскрылась, содержимое темно шоколадного цвета, вязкое. Содержимое отсосом абсорбировано. Капсула кисты вылущена, через левое лапаросцентное отверстие удалена из малого таза. Яичник промыт. Кровоточащие сосуды в пределах здоровой ткани коагулированы. Гемостаз сухо. Контроль гемостаза – полный.

Эндометриозные очаги на заднем листке широкой связки, прямой кишке, крестцово маточной связки коагулированы. Ложе промыто. Кровоточащие сосуды точно коагулированы.

При хромогистеросальпингоскопии проходимость маточных труб положительна на всем протяжении. Санация малого таза. Контроль на гемостаз сухо. В малый таз с целью профилактики рецидива спаечного процесса введен раствор дексаметазона 0,025%-4 мл. Через левое лапаросцентное отверстие в малый таз установлена двухпросветная дренажная трубка. Виксирована узловыми швами на коже. На кожу наложены узловые швы. Общая кровопотеря 120 мл. Моча по катетеру-200 мл, светлая.

Макропрепарат: капсулы кист яичников направлен на гистоанализ. Состояние после операции удовлетворительное. Локально. Послеоперационные швы чистые, без признаков инфильтрации.

Выписана в удовлетворительном состоянии домой. Даны следующие рекомендации:

1. Наблюдение у акушера-гинеколога, аллерголога по месту жительства
2. Ограничение физической нагрузки не более 5 кг в течении месяца, половой покой в течении 2 недель
3. Снятие послеоперационных швов на 7-8 сутки после операции
4. Явка за результатом гистологического анализа через 3 недели
5. Ношение эластических чулков в течение 4 недель
6. Обработка раны 70% раствором спирта 1 раз в день
7. Свечи Диклофенак ректально на ночь №5
8. Сдача анализа АМГ на 3-5 день менструации
9. Диферелин 3,75 мг в/м каждые 28 дней в течение 1 месяца
10. Кальций Д 3 Никомед по 1 таблетке 1 раз в день в течение месяца
11. Вобензим Плюс по 3 таблетке 3 раза в день 3 месяца
12. Гинотардиферон по 1 таблетке 2 раза в день внутрь в течении месяца.

От 08.01.2021г. АМГ -1,85 нг/мл.

На фоне приёма Диферелина у пациентки на 04.03.2021г. отмечалась тошнота, головокружение, нервозность, приливы. Через 4 месяца менструальный цикл восстановился. Вышеуказанные жалобы не беспокоили.

18.03.2021г. обратилась в клинику. Учитывая показатели АМГ, пациентке рекомендовано провести ЭКО, от которого пациентка отказалась. Решено наблюдать и ожидать наступления беременности.

25.06.2021г. тест на беременность - положительный.

На данный момент пациентка наблюдается у акушера-гинеколога по месту жительства. На УЗИ от 18.10.2021г: Беременность 21 неделя. Низкая плацентация. Умеренно выраженное маловодие. Неоднородность околоплодных вод. Признаки угрозы прерывания беременности. Миоматозный узел матки.

Выводы: Из всех оперированных лапароскопическим доступом пациенток, по поводу эндометриоза легкой и тяжелой степеней, приблизительно у 80% пациенток наблюдалось наступление беременности через 5-6 месяцев. Из всех пациенток с первичным и вторичным бесплодием у каждой третьей наблюдался эндометриоз органов малого таза: яичника, брюшины, маточной трубы, матки, кишечника, мочевого пузыря. Также на фоне эндометриоза наблюдались и внематочные беременности. Данный случай показывает эффективность оперативного вмешательства при эндометриозе. При назначении или рекомендации оперативного вмешательства раньше данного срока, учитывая проблему пациентки с зачатием, срок беременности сократился бы на несколько лет. И, возможно, на данный момент, пациентка была бы беременна уже на второго ребенка. Исходя из данного случая, который 1 из 100, хотелось бы, чтобы врачи на амбулаторном уровне, вовремя и, конечно, по показаниям назначали оперативные вмешательства. Ведь лапароскопические операции позволяют выявить конкретную проблему женщины с бесплодием, и выраженными болями.

Заключение: следует отметить, что комплексная терапия бесплодия у пациенток с генитальным эндометриозом должна проводиться только после подтверждения диагноза. Имеет значение уточнение

стадии заболевания, степени вовлечения в патологический процесс придатков матки и определение вида гормонального дисбаланса. Эффективность лечения бесплодия у данного контингента больных зависит от стадии процесса, сопутствующей гинекологической патологии и возраста супружеской пары. Максимально эффективным является сочетание лапароскопической коррекции патологических процессов органов малого таза с последующей медикаментозной и гормонмодулирующей терапией.

Литература

1. Гинекология. Под редакцией В.Е.Радзинского. А.М. Фукса - М/ГЭОТАР-Медиа, 2014г.
2. Гинекология: учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
3. Клиническая практика в репродуктивной медицине: монография / под ред. В. Н. Локшина. - Алматы: MedMedia, Казахстан, 2015. – 464с.
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

Резюме

Тлеужан Р.Т., м.ғ.к., акушерлік және гинекология кафедрасының доцент м.а., Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы, Шымкент қ., Қазақстан, Колovorotnaya Т.В, Валиева Ф.М, 1 курс резиденттері, «Акушерия және гинекология ересектердің, балалардың», факультеті, Шымкент қ., Kolovorotnaya.t@mail.ru, firuza.valiyeva96-82@mail.ru

ЖАСАНДЫ КЛИМАКСТАН ҚАЛАҒАН ЖҮКТІЛІККЕ ДЕЙІН (ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ)

Эндометриоз - эндометрий тінінің құрылымына және қызметіне ұқсас тіндердің жатыр қуысынан тыс өсуімен сипатталатын патологиялық процесс. Бұл заманауи медицинаның өзекті мәселесі болып табылады. Мақалада эндометриозы және бедеулігі бар 27 жастағы науқасқа клиникалық бақылау жүргізілді. Эндометриоздың болуын ескере отырып, науқасқа жоспарлы түрде ота жасалынды. Ол айқын оң әсер берді және жүктілік басталды.

Кілт сөздер: эндометриоз, бедеулік, лапароскопия.

Summary

Tleuzhan R.T., acting Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan, tleuzhan76@mail.ru, Kolovorotnaya. T.V., Valiyeva F.M., residents of 1 course, faculty «Obstetrics and gynecology for adults, children», Shymkent, Kazakhstan, Kolovorotnaya.t@mail.ru, firuza.valiyeva96-82@mail.ru

FROM ARTIFICIAL CLIMAX TO DESIRED PREGNANCY (CASE OF PRACTICE)

Endometriosis is a pathological process characterized by growth and the development of tissue similar in structure and function to endometrium beyond boundaries of normal localization (uterine body mucosa). Endometriosis is one of the actual problems of modern medicine.

In the article conducted a clinical observation of a patient 27 years old with endometriosis and infertility. Considering the presence of endometriosis, the patient in the planned operative treatment was carried out in order, which gave a pronounced positive effect and the patient had a desired pregnancy.

Keywords: endometriosis, infertility, laparoscopy

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧНОГО БИОМАРКЕРА КАК ПРЕДИКТОРА РАННЕЙ IGA-НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Демеубаева Д.М: автор, Phd докторант факультета «Медицины и здравоохранения» Казахского Национального университета им.Аль-Фараби, г Алматы. Электронный адрес:

dinara.demeubayeva@gmail.com

Капанова Г.Ж: руководитель, доктор медицинских наук, профессор кафедры политики и организации здравоохранения факультета «Медицины и здравоохранения», Казахского национального медицинского университета имени Аль-Фараби, г Алматы. Электронный адрес: g.kapanova777@gmail.com

Диканбаева С.А: руководитель, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней Казахстанско - Российского медицинского университета, г Алматы. Электронный адрес: dikanbayeva.s@mail.ru

IgA-нефропатия – один из распространенных гломерулонефритов во всем мире, характеризующийся крайней вариабельностью клинико-лабораторных, гистологических признаков и непредсказуемостью конечного результата. [1]. На сегодняшний день достоверной методикой постановки диагноза остается нефробиопсия. – как единственный метод точной диагностики гломерулопатий, который является сложным в практическом применении и не доступным широким слоям населения методов диагностики, вследствие высокой стоимости, инвазивности [2].

Особое внимание клиницисты уделяют возможности ранней диагностики и определения конкретных биомаркеров для успешного лечения и предотвращения осложнений. В связи с этим, выявление специфических биомаркеров IgA нефропатии является актуальным, так как позволит прогнозировать терминальную хроническую почечную недостаточность, провести эффективную и своевременную профилактику прогрессирования хронической болезни почек, получить клинический эффект и повысить выживаемость и качество жизни детей с IgA нефропатией [3].

Цель исследования. Оценить эффективность применения биомаркеров в диагностике ранней IgA нефропатии у детей.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование с целью определения диагностической информативности и прогностической ценности биомаркеров: комплекментов C3 и C4 в диагностике ранней IgA нефропатии у детей, позволяющее повысить эффективность ранней диагностики IgA нефропатии у детей (наряду с клинической диагностикой), что в свою очередь, может способствовать снижению количества тяжелых форм и осложнений нефропатии, снизить уровень инвалидизации и гибели данной когорты больных, и в целом - получить положительный экономический эффект.

Дизайн исследования: случай-контроль. В качестве базисного метода использовалось ретроспективное исследование с применением описательной и аналитической статистики. Общее количество пациентов, принявших участие в исследовании 85 детей в возрасте, определяемых как ≤ 18 лет, с гистологически подтвержденным диагнозом IgA-нефропатией 27 (31.8%) детей и детей с хроническим нефритическим синдромом 58 (68.2%) детей на базе Университетской клинической больницы «Аксай» НАО КазНМУ им.С.Д Асфендиярова за период с 2006 по 2020 год были ретроспективно проанализированы. Все пациенты были из Алматинской области, Южно-казахстанской (Туркестанской) области, Западно-казахстанской области, Восточно-казахстанской области и Центрального-Казахстанской области. Распределение респондентов в исследовании было осуществлено с учетом возраста и пола, по срокам дебюта заболевания, индекса массы тела, артериального давления систолического и диастолического, провокатора, наличия отеочного синдрома, наличие /отсутствие стероидов в лечении.

Инструментом исследования послужили медицинские карты стационарного больного (история болезни), медицинская информационная система «Damumed», показатели биомаркеров: C3 и C4 комплекменты, гемодианмические показатели: артериальное давление, лабораторные показатели, данные нефробиопсии.

Критериями включения считались: пациенты с IgA-нефропатией; хроническим нефритическим синдромом.

Критериями исключения считались: пациенты с люпус-нефритом; васкулит, ассоциированный с антителами к цитоплазме нейтрофилов (ANCA); пациенты с острым интерстициальным нефритом, подтвержденным биопсией почек; диабетическая нефропатия; злокачественные опухоли; отказ родителей от проведения исследования на биомаркер; летальный исход. Статистическая обработка и визуализация полученных данных проводилось с помощью программы Microsoft Excel и Word 2010, пакет IBM SPSS Statistics 23.

Результаты исследования. Согласно нашему исследованию, в котором у пациентов с IgA – нефропатией отклонение от нормы показателей комплекмента C3 наблюдалось у 18 (66.7%) пациентов, при нормальном показателе всего 9 (33.3%) детей. Тогда как у пациентов с хроническим нефритическим синдромом отклонение от нормы было отмечено только у меньшего числа пациентов, что составило 12 (20.7%) пациентов, тогда как у большей части пациентов 46 (79.3%) было в пределах нормальных значений. Чувствительность = 67%, специфичность=79%. Положительная вероятность болезни=3.2%. Отрицательная вероятность болезни=0.4%. Пост-тестовая вероятность=124%

Также отмечены изменения и с комплементом С4, где у исследуемой группы отклонение от нормы наблюдалось у большей части пациентов -14 (51.9%), тогда как у 13 (48.1%) был в норме. А у пациентов контрольной группы отклонение от нормального значения было отмечено только у 2 (3.4%), у большинства находилось в пределах нормы, что составило 56 (96.6%). Основываясь на полученных данных, видно, что комплементы С3 и С4 наиболее отклоняемы от нормы у пациентов с IgA- нефропатией, чем у больных контрольной группы, что делает их информативными и патогномичными биомаркерами, как предикторы ранней IgA-нефропатии у пациентов с гематурическим вариантом гломерулонефрита, что не наблюдалось у пациентов с хроническим нефритическим синдромом. И можно считать, что изменение значений отличительных от нормы комплементов С3 и С4, а именно снижение значения С3 и повышение показателя С4 наиболее характерно для пациентов с IgA-нефропатией. Чувствительность = 52%, специфичность=97%. Положительная вероятность болезни=15.0%. Отрицательная вероятность болезни=0.5%. Пост-тестовая вероятность=105%

В исследуемой группе следует обратить внимание на то, что отклонение от нормы комплемента С3 превышает группу с нормальным показателем.

Выводы. Подводя итог вышесказанному, можно сделать ряд основных выводов:

Данные биомаркеры С3 и С4 обладают диагностической ценностью, их можно отнести к предиктору ранней IgAN у детей.

1.С вероятностью не менее 99% ($\chi^2=17.053$, $p\leq 0.001$) частота подтвержденных IgAN зависит от выявления биомаркера С3-комплемента. При этом, шанс подтвержденной IgA нефропатии у детей в 7.667 раз (в некоторых случаях в 21.297 раз) выше в группе пациентов с выявленным отклонением от нормы комплемента С3, т.е в исследуемой группе (IgAN), в сравнении с группой контроля, т.е с хроническим нефритическим синдромом (норма С3 комплемента). Чувствительности-67% и специфичнос-79% данных биомаркеров.

2.С вероятностью не менее 99% ($\chi^2=28.249$, $p\leq 0.001$) частота подтвержденных IgAN зависит от выявления биомаркера С4-комплемента. При этом, шанс подтвержденной IgA нефропатии у детей в 30.154 раз (в некоторых случаях в 149.316 раз) выше в группе пациентов с выявленным отклонением от нормы комплемента С4, т.е в исследуемой группе(IgAN), в сравнении с группой контроля, т.е с хроническим нефритическим синдромом (норма С4 комплемента). Чувствительности-52% и специфичнос-97% данных биомаркеров.

3.«положительный» С3 в исследуемой выборке (группе) повышает вероятность того, что пациент страдает IGAN с уровня пре-тестовой вероятности 32% до уровня пост-тестовой вероятности 124%.

4.«положительный» С4 в исследуемой выборке (группе) повышает вероятность того, что пациент страдает IGAN с уровня пре-тестовой вероятности 32% до уровня пост-тестовой вероятности 105%. Биомаркеры С3 и С4 применимы к использованию, как предикторы, ранней диагностики IgA нефропатии у детей.

Литература

1. Schena FP, Cox SN. Biomarkers and Precision Medicine in IgA Nephropathy; 2018 Sep;38(5):521-530.Elsevier
2. Suzuki H. Biomarkers for IgA nephropathy on the basis of multi-hit pathogenesis, Clin Exp Nephrol. 2019 Jan;23(1):26-3. Elsevier
3. Barbour S, Reich H. An update on predicting renal progression in IgA nephropathy; Curr Opin Nephrol Hypertens. 2018 May;27(3):214-220

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА

Ерсайынов Н. Ж., Сейілхан А. Ф., 4 курс факультет «Общая медицина», 95-nurik@mail.ru, г. Актобе, Республика Казахстан

Мукушев М.М. к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г. Актобе, Республика Казахстан. mmanas@mail.ru

Эхинококкоз - хроническое заболевание, при котором в печени, легких, значительно реже в других органах развиваются солитарные или множественные кистозные образования. Возбудителем является личиночная стадия цепня *Echinococcus granulosus* [1,2]. Личиночная стадия, растущая, развивающаяся и живущая в организме человека десятки лет, представлена кистой круглой или овальной формы, заполненной жидкостью. Однокамерный эхинококкоз имеет повсеместное распространение по всему миру с образованием эндемических очагов во всех населенных континентах [2]. Наибольшее распространение

эхинококкоза человека и животных регистрируется в странах, расположенных в умеренном климатическом поясе, включая несколько стран Евразии, Австралии, некоторых частях Америки и Северной и Восточной Африке [3].

В настоящее время существует три способа лечения эхинококкоза: химиотерапия, хирургическое лечение (через традиционный или лапароскопический доступы) и чрескожные вмешательства, которые дифференцированно применяются в зависимости от стадии заболевания [3]. При выборе хирургического лечения хирург должен решить, как минимум три вопроса: способ удаления кисты, отношение к фиброзной капсуле и способ ликвидации остаточной полости.

Целью работы явилось изучение результатов хирургического лечения эхинококкоза и выбора тактического подхода к оперативным вмешательствам.

Несмотря на успехи в изучении эхинококкоза, проблема диагностики и выбора тактики хирургического лечения остается актуальной.

Материалы и методы: нами проведен анализ диагностики, лечения и послеоперационных осложнений у больных с эхинококкозом различной локализации. За период с 2016 по 2021 годы на базе отделения общей хирургии БСМП оперировано 186 больных, из них 97 (52,2%) мужчин и 89 (47,8%) женщин в возрасте от 17 до 69 лет. Первичный эхинококкоз выявлен в 152 (81,7%), рецидивный – в 34 (28,3%) случаях. Изолированная локализация кисты в печени имела место у 119 (63,9%) пациентов, в легком – у 37 (19,8%), в селезенке – у 3 (1,6%) и в забрюшинном пространстве – у 2 (1,1%). Сочетанные формы наблюдались у 25 (36,1%) больных, из них лёгкое и печень – 19 (10,3%), лёгкое и селезёнка – 2 (1,1%), печень и брюшная полость – 3 (1,6%), оба лёгких – 1 (0,6%). Осложнённый эхинококкоз диагностирован у 12 (6,5%) пациентов: нагноение у 7, прорыв в брюшную полость 2 (1,1%), прорыв бронх – 1 (0,6%), прорыв в бронх и нагноение – 1 (0,6%), нагноение и прорыв в брюшную полость – 1(0,6%). Диагностика заболевания основывалась на тщательном сборе анамнеза, клинических проявлениях и результатов иммунологических исследований. Решающее значение имели ультразвуковое сканирование печени, брюшной полости и рентгенологическое исследование лёгких. В трудных случаях использовали компьютерную томографию брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства, при осложнениях прибегали к фибробронхоскопии и видеолапароскопической диагностике.

Результаты: Клиническая картина эхинококкоза зависела от локализации, количества, размера кист и наличия осложнений. При сочетанном поражении лёгкого и органов брюшной полости первым этапом оперировали на лёгком, вторым – на органах брюшной полости; с использованием эндовидеохирургической техники одномоментно прооперировано 28 (15,1%). Всем больным выполняли эхинококкэктомия, традиционным методом – 120 (64,5%) больным, эндовидеохирургическим – 57 (30,4%), эндовидеохирургическим с ассистенцией -9 (4,8%). Полость фиброзной капсулы обрабатывали раствором формалина 2%, спиртом 70% и 96% или бетацином. Остаточная полость ликвидирована путём капитонажа либо инвагинацией краев с ушиванием. При нагноении заканчивали операцию: в печени наружным дренированием полости кисты, в лёгком лобэктомией и сегментарной резекцией органа. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде наблюдались следующие специфические осложнения: желчеистечение – у 3 (1,6%) больных, нагноение остаточной полости – у 5 (2,7%), пневмоторакс – у 3 (1,6%). Повторные операции, по поводу осложнений потребовались 2 (1,1%) больным. После одномоментной эхинококкэктомии печени и лёгкого, с использованием эндовидеохирургической техники осложнений не наблюдалось.

Выводы: До настоящего времени традиционная эхинококкэктомия является основным методом хирургического лечения эхинококкоза. Однако в последнее время всё большее распространение получают операции с использованием эндовидеохирургической техники, в нашей клинике они составили 30,4%. При сочетанном эхинококкозе печени и лёгкого печени и лёгкого в зависимости от локализации и размеров кист, предпочтение необходимо отдавать одномоментной эхинококкэктомии с использованием эндовидеохирургии.

Литература

1. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы). *Анналы хирургической гепатологии*. 2015;20(3):47-53.
2. Курбаниязов З.Б. и др. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких // *Актуальные вопросы современной пульмонологии*. Ма. 2018. С. 107
3. Шамсиев А.М. и др. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // *Проблемы современной науки и образования*. 2017. №. 37. С. 75-79.

Секция: «СОВРЕМЕННЫЕ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алимбеков У.Д.

Студент III курса, факультета «Стоматология»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К., Аманова Э.О.,

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Актуальность: На промежутке 10 лет страна достигла хороших результатов в области борьбы с туберкулезом: в 2008 году показатель заболеваемости составил 125,5 на 100 тысяч человек, в 2019 году этот показатель составил 51,8 и снизился в 2,4 раза [1]. Количество смертей от болезни уменьшилось в 6 раз. Это результат массовой реализации нескольких комплексных программ, направленных на борьбу с эпидемиологическим заболеванием туберкулезом в стране за последние годы (2016-2020 гг. «Здоровье», «Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза до 2035 г.», «Национальная совместная туберкулезная система. Программа на 2016-2025 годы»). В стране стабильная эпидемиологическая ситуация по распространенности и степени тяжести туберкулеза. Самым слабым звеном в здоровье казахстанского общества являются дети и подростки [2,3].

При этом основной эпидемиологический показатель смертности в стране снизился с 4,1 на 100 тыс. в 2015 году до 2,3 (44%) в 2019 году, а в области - с 2,9 в 2015 году до 1,7 на 100 тысяч в 2019 году (41,3%) уменьшилось.

Цель работы: Выявить распространенность и клинические особенности туберкулеза среди детей и подростков в Туркестанской области и диагностировать туберкулез на ранней стадии.

Материалы и метод исследования: Материал основан на специальной статистике, предоставленной Национальным противотуберкулезным центром Министерства социального развития и здравоохранения Республики Казахстан за 2015-2019 годы, и истории болезни отделения детей и подростков Областного противотуберкулезного диспансера.

Результаты и обсуждение: В стране наблюдается снижение заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков. Такой же спад наблюдался в Туркестанской области. В 2015 году заболеваемость детей и подростков в южном регионе Казахстана составила 49,6 на 100 тысяч человек, в 2019 году снизилась с 41,9% до 28,9.

У 69,6% больных начало заболевания постепенное, а у 30,4% - острое. Основные жалобы: кашель (60,8%), похудание (40,1%), боль в груди (40,1%), слабость (57,8%), потливость (69,6%), повышение температуры тела (63,7%). Анализ цельной крови часто показывал повышение СОЭ (71,2%), лейкоцитоз (62,7%), лимфопению (51,8%), моноцитоз (20,6%). Часто процесс односторонний - 79,4%, двусторонний - 30,6%, из которых 52,9% расположены справа.

У 26,4% больных туберкулез был связан с другими заболеваниями: часто заболеваниями верхних дыхательных путей, пневмонией (14,7%), анемией (11,8%), реже заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени (4,9%) и др. (5,9%).

Вывод: Несмотря на то, что заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков в Туркестанской области снизилась по всем эпидемиологическим показателям, заболеваемость инфильтративным туберкулезом в структуре клинических форм заболевания составила 59,8%, в том числе 22,5% распространение микобактерий в фазе распада, степени тяжести туберкулезный патоморфизм.

Доля штаммов *Mycobacterium tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью составляет 40,2%, что осложняет эпидемию туберкулеза.

Список литературы

1. Овсянкина Е.С., Губина М.Ф., Русакова Л.И. и др. Об организационно-методических подходах к лечению туберкулеза у детей и подростков при росте эндемии заболевания // Пробл. туб. - 2001. - № 7. - С. 20-13.
2. Юхименко Н.В., Митинская Л.А., Елуфимова В.Ф. и др. Совершенствование диагностики и методов определения эффективности химиотерапии туберкулеза у детей // Пробл. туб. - 2001. - № 7. - С. 23-26.
3. Серикбаева К.С., Кастыкпаева Л.В., Игликова Ш.К., Серикбаева С.Ш. Лечение туберкулеза у детей и подростков с множественной лекарственной устойчивостью // Фтизиопульмонология. - Алматы. - 2002. - № 1. - С. 68-71.

О ПРАКТИКЕ ВНЕДРЕНИЯ В РК КОРПОРАТИВНОГО ФОНДА SOS ДЕТСКИЕ ДЕРЕВНИ КАЗАХСТАНА

К.М. Досаева¹, М.С. Кайнарбаева², Бердығалиев А.Б.³, Бектурарова Г.Б.⁴

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова Казахстан, г. Алматы
1-курс магистратуры, факультет Общественного здравоохранения, e-mail: milamaratovich@gmail.com¹

к.м.н., заведующая кафедры «Нутрициология», e-mail: kmaigul@mail.ru²

к.м.н., доцент кафедры «Нутрициология», e-mail: berdaidar@mail.ru³

ассистент каф. Патологическая физиология, КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова⁴

SOS Детские деревни Казахстана - негосударственная социальная организация, более 25 лет защищающая интересы, права и нужды детей. В центре заботы организации находятся дети, которые остались без семьи, призора и заботы родителей, а также неблагополучные семьи. Детская деревня-SOS является альтернативной формой жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. То есть структурной единицей выступает мама-воспитатель и дети, что есть альтернативное жизнеустройство детей, как и в привычных семьях с биологическими родителями и детьми.

SOS Детские деревни и SOS Дома Юношества помогли 4 миллионам детей на всех континентах. Сотни тысяч людей в мире получают помощь в рамках педагогических, медицинских и социальных программ и акций экстренной помощи SOS Детских деревень. SOS Детские деревни дают попавшим в беду детям семью, помогают им самостоятельно строить свое будущее, способствуют развитию местных общин.

Также сам факт трансформации детских домов в детские деревни, максимально приближенные к стандартным семьям уже является решающим шагом к профилактике социального сиротства и возвращению прогрессивной и социально адаптированной молодежи [1].

В Детских деревнях используются самые передовые и эффективные педагогические методы. Основным отличием системы воспитания в Детских деревнях и сопутствующих проектах является конечная цель всей структуры работы, а именно воспитание самостоятельного человека, способного стать полноценным членом общества. Детские деревни гармонично встроены в местное сообщество и в огромной степени интегрированы в них[2].

В проектном году ЦПДС г. Алматы проводила работу по трансформации КГУ «Детский дом №1». Социальным работникам ЦПДС были переданы кейсы семей с возможной реинтеграцией в биологические семьи. Проведена необходимая социальная поддержка детей и их семей, психологическая помощь и оценка потребностей детей. В результате, 7 детей решением местных исполнительных органов воссоединились с биологическими родственниками.

Следует отметить, что Корпоративный Фонд проявляет социальную полезность как внутри SOS детских деревень, так и вне структуры. Сопровождение семей проводится комплексно и включает в себя решение как социальных, так и психологических, медицинских и юридических проблем.

Так как дети из социально уязвимой прослойки, данная структура предусматривает не только воспитание адаптивное стандартным семьям, но и оказание помощи в виде устранения проблем оздоровления (при их наличии), помощи дефектологов и логопедов, психологической помощи .

Также в процессе разработки находится составление рациона питания детям SOS Детских Деревень Казахстана. Учитывая финансирование питания на каждого ребенка разработка рациона будет являться отличной поддержкой со стороны кафедры «Нутрициология» Казахского Национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова. Ключевой характеристикой ребенка является здоровье. Здоровое питание – важная составляющая гармоничного роста и развития ребенка, его благополучия и безопасности. Учитывая важность составления рациона питания SOS Детских Деревень было принято решение осуществления нутритивной поддержки в соответствии со спецификой учреждения [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Закон Республики Казахстан от 3 декабря 2004 года N 5 // «О ратификации Договора между Правительством Республики Казахстан и Международным обществом по созданию SOS детских деревень "SOS KINDERDORF INTERNATIONAL"» - Ст. 2. с изменением, внесенным Законом РК от 21.11.2008 [№ 92-IV](https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z040000005). / [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:<https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z040000005>

2 Закон Республики Казахстан от 13 декабря 2000 года N 113-II // «О детских деревнях семейного типа и домах юношества» - Ст.1-22 с изменением, внесенным Законом РК от 24.11.2021 / [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:
<https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z000000113>

3 Устав корпоративного фонда SOS детские деревни Казахстана // Правовая форма фонда. – 2018. С. 4 / [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:
<https://www.sos-kazakhstan.kz/ru/page/uchreditelnye-dokumenty>

ЗИЯНДЫ КӘСІПОРЫН ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҚСARTУ ҮШІН БИЕ СҮТІ НЕГІЗІНДЕГІ ҚҰРҒАҚ БЕЛОҚТЫҚ ҚОСПАЛАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ

О.М. Рашканов¹, М.С.Қайнарбаева², Бердығалиев А.Б.³

«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті» КеАҚ,
Қазақстан, Алматы.

1 курс магистрі, «Медициналық-профилактикалық іс» мамандығы, olzhas.kz99@mail.ru¹

м.ғ.к., «Нутрициология» кафедрасының меңгерушісі, e-mail: kmaigul@mail.ru²

м.ғ.к., «Нутрициология» кафедрасының доценті, e-mail: berdaidar@mail.ru³

Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының ресми деректеріне сәйкес жыл сайын 12,2 миллион адам, еңбекке қабілетті белсенді жұмыс жасында инфекциялық емес аурулардан қайтыс болуда. Бұл көрсеткіш жылдан жылға артып, өзекті мәселелердің біріне айналды.

Зиянды кәсіпорындарда жарақат алу, шу, канцерогендік агенттердің әсері, ауада қалқитын зиянды бөлшектер және эргономикалық қауіптер сияқты кәсіби факторларға байланысты кейбір қауіпті созылмалы аурулар аз уақыттың ішінде туындауда: бел-омыртқа ауыру жағдайлары 37%, есту қабілетінің жоғалуы 16%, созылмалы обструктивті өкпе ауруларының 13%, астма 11%, түрлі жарақаттар 8%, өкпе қатерлі ісігі 9%, лейкокемия 2% және 8% депрессия.

Өндірістегі қауіпті жағдайларды алдын алуда өндірістік ортаны жақсартумен қатар химиялық табиғаттың қолайсыз факторларының әсеріне организмнің төзімділігін арттырудың маңызы зор[1].

Дамыған заманда жұмысшылардың еңбек жағдайына қойылатын санитарлық-гигиеналық талаптардың жоғарылауына байланысты зиянды факторларға шекті рұқсат етілген деңгей қойылған. Соған қарамастан адам ағзасы зиянды химиялық заттардың төмен концентрациясымен жұмыс уақыты кезінде жылдар бойы ұзақ уақыт байланыста болады[2]. Бұндай жағдай химиялық зиянды элементтердің адам организмінде жинақталып, кейіннен кәсіби патологиялық ауруларға алып келетіні белгілі. Осыған орай, химиялық заттарға организмнің төзімділігін арттыруға және бөгде қосылыстардың әсерінен болатын жағымсыз әсерлерді алдын алу қажет. Қорғаныс механизмдерін жетілдіруге ықпал ететін іс-шаралардың ішінде жетекші орын алатындардың бірі, ол арнайы тамақтану болып табылады[3-5]. Арнайы тамақтануға қойылатын негізгі талап – ол белгілі бір маңызды тағам заттардың организмнің төзімділігін арттыруы, сондай-ақ организмдегі бөгде қосылыстар мен метаболиттердің биотрансформациясы процесстерін жеделдетуі[6,7].

Құрамында ауыр металдар бар шикізатты өндірумен байланысты кәсіпорындардың көпшілігінде сүт және ашыған сүт өнімдері, сонымен қатар сирек жеміс-көкөніс шырындары, езбелері профилактикалық агент ретінде қолданылады. Қазіргі уақытта, олар емдік-профилактикалық тамақтану тұрғысынан қазіргі медицина ғылымының талаптарына жауап бере алмайды[9-11].

Отандық және шетелдік әдебиеттерді талдау ұйғым қосылыстармен байланысты созылмалы интоксикацияның кешенді профилактикасында арнайы өнімдерді қолдану, бөгде заттардың биотрансформациясын жеделдету, сонымен қатар ксенобиотиктердің де, олардың метаболиттерінде организмнен шығарылуын күшейтуі керектігін көрсетті[12, 13].

Осындай талаптарға бие сүті негізіндегі витаминдермен және минералдармен байытылған арнайы белоктық қоспалар маңызды роль атқарады. Жұмысшылардың толық құнды белоктарға, полиқаньқпаған май қышқылдарына, моно- және дисахаридтерге және басқа да тағамдық макро- және микро- заттарға жоғары қажеттілігін ескере отырып, организмнің уытсыздандыратын және антиоксиданттық мүмкіндіктерін арттыратын, бие сүті негізіндегі құрғақ композиттік қоспалар кәсіпорындағы жұмыскерлердің денсаулығына оңтайлы әсерге ие бола алады[14].

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Измеров Н.Ф. Свинец и здоровье. Гигиенический и медико-биологический мониторинг. – М.: Наука, 2000. – 256 с.
2. Павловская Н.А., Данилова Н.И. Клинико-лабораторные аспекты раннего выявления свинцовой интоксикации // Медицина труда и промышленная экология. -2001. - №5. – С. 18-22.
3. Пилат Т.Л., Кузьмина Л.П., Измерова Н.И Детоксикационное питание // М: ГЭОТАР, 2012 – 688с.
4. Касымов С.К., Ребезов М.Б. Разработка функциональных продуктов питания для экологически неблагоприятных регионов // Вестник ЮУрГУ, серия «Пищевые биотехнологии», 2015.- № 3.- Т.3- С. 83-91.
5. Пилат Т.Л. Оздоровительно-профилактический продукт моментального приготовления для работающих при вредных условиях труда-патент РФ 2342856 от 2009.
6. Кузьмичева Л.В., Лопатникова Е.А., Максимов Г.В. Изменение биохимических показателей крови при свинцовой интоксикации и коррекции пектином //Вестник МУС, серия «Биология», 2014.- №2 – С. 10-14.

7. Лопатникова Е.Г., Кузьмичева Л.В., Альба Н.В. Эффективность применения пектиновых веществ при интоксикации организма тяжелыми металлами // Сб. тез. 14-й междунар. Пушкинской школы-конференции молодых ученых «Биология – наука XXI века». Пушкино, 2010. С. 39.
8. Вахнина Н.В., Калимеева Е.Ю. Применение витаминно-минеральных комплексов в составе ноотропной терапии при астенических состояниях и неврологических расстройствах// Медицинский совет. – 2015. - №11. – С. 12-16.
9. Султанова М. Т., Сафонова Е. Р., Синявский Ю. А., Цой И., Плешкова С. М., Тажибаев Ш.С, Долматова О.В. Пищевой продукт для диетического и лечебно-профилактического питания с радиопротекторными свойствами “Болашак”-патент РК 7577 от 1999.
10. Омельчук С.Т., Великая Н.В., Залески В.Н. Механизмы детоксикации ксенобиотиков: поддержка баланса детоксикации компонентами продуктов питания растительного происхождения // Проблемы харчування. – 2011. - №1. – С. 23-27.
11. Пешков Н.А., Сизенцов А.Н. Биоаккумуляция тяжелых металлов микроорганизмами входящими в состав пробиотических препаратов в условиях invitro// Вестник ОГУ. – 2013. - №10. – С. 142-144.
12. Полякова И.С., Чурносоев М.И., Пахомов С.П., Орлова В.С. Молекулярные и генетические механизмы биотрансформации ксенобиотиков// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. - №2. – С. 45-49.
13. Danielli K., Pelkonen O., Ahokas T., Hepatocytes: The powerhouse of biotransformation // The International Journal of Biochemistry & Cell Biology. – 2012. – Vol. 44. – P. 257-265.
14. Толеева Ш.Н., Шарманов Т.Ш., Синявский Ю.А. Создание нового специализированного продукта на основе кобыльего молока для профилактики обменно-алиментарных нарушений // Вестник КазНУ им. аль-Фараби. – 2019. – № 3 (80). – С 58-67.

КЕЙБІР ЕЛДЕРДІҢ ҚЫЛМЫСТЫҚ-ТҮЗЕТУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ АЙЫПТАЛУШЫЛАРДЫҢ АС МӘЗІРІН САЛЫСТЫРУ

Сейіл Б.С.

«С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ
2 курс магистранты, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы
Ғылыми жетекшісі: **Қайнарбаева М.С.**, м.ғ.к., «Нутрициология» кафедрасының меңгерушісі

Түзету орындарында тағамның сапасы мен мөлшері тұтқындардың өмір сүру сапасына айтарлықтай әсер етеді. Қауіпсіз және дұрыс тамақтанудың қолжетімділігі қамаудағылардың денсаулығын сақтау мен жақсартудың қажетті шарты болып табылады. Себебі, қауіпсіз және пайдалы тамақпен қамтамасыз ету, алиментарлық аурулардың таралуын болдырмауға, тұтқындардың жалпы денсаулығын жақсартуға оңтайлы ықпал етеді [1].

Кілті сөздер: дұрыс тамақтану, ас мәзірі, түзету орындары, айыпталушылар.

Тақырыптың өзектілігі. Азық-түлікпен жеткіліксіз қамтамасыз ету және үйлесімсіз тамақтану адамдардың орташа өмір сүру ұзақтығының көрсеткіштеріне, олардың денсаулығына, физикалық жұмысқа қабілеттілігіне, ауруларға төзімділігіне, өндірістік процестерге және бейімделуіне теріс әсер етеді. Сондықтан, Халықаралық ұйымдар қамаудағыларды тамақтандыруды ұйымдастыру үрдісіне үлкен мән береді. Сондай-ақ, тамақтану пенитенциарлық мекемелердегі өмірдің негізгі элементтерінің бірі болып табылады және сотталғандардың денсаулығын сақтауды қамтамасыз етуге бағытталуы тиіс – ҚР ҚАК 10-бабына сәйкес олардың негізгі құқықтарының бірі. Азық-түлікті сатып алу, дайындау, тарату және тұтыну туралы түсінік сондағы адамдардың өміріне, сондай-ақ денсаулық көрсеткіштеріне әсері туралы білімді жақсарту алады.

Мақсаты: Материалдық шығындарға сәйкес қамаудағылар үшін бекітілген тамақтану нормасының химиялық құрамын есептеу.

Міндеттері:

- Пеницитарлық мекемелеріндегі ас мәзірінің бағасына мониторинг жүргізу;
- Тағамдық заттардың құрамына сәйкестігін бағалау;
- Тағамдардың химиялық құрамы мен энергетикалық құндылығын бағалау (ас мәзірінің калькуляциясы).

Қазақстан Республикасындағы жергілікті түзету мекемелерінде жазасын өтеушілер медициналық тексерістен өтіп тұрады және осыған орай кейбір науқастарға арнайы диета тағайындалады. Одан бөлек тағам қабылдар алдында оның құрамын медицина қызметкерлері тексереді. Дайындалған тағамның сапасын бағалау арнайы журналда тіркеледі және содан кейін ғана сотталғандарға тағам қабылдау басталады. Өткен 2020 жылы түзету мекемелеріндегі жазасын өтеушілердің бір күндік тамақ мәзірінің бағасы 630 теңге құраған болатын, алайда 2021 жылдың басынан бұл көрсеткіш 1050 теңгеге дейін көтерілді, яғни баға айырмасына қарасақ өткен жылмен салыстырғанда тағамның құрамы мен құндылығы жоғары болу қажет [2]. Ағымдағы жылда қабылданған үкіметтің осы қаулысына сәйкес айыпталушылардың ас мәзірі келесі тағамдық заттарға байытылды: сыр, қаймақ, шұжық өнімдері, жеміс шырындары және ет пен балық, сүт, сүзбенің көлемі 1,5 есе ұлғайтылды[3]. Соңғы жылдары денсаулық сақтаудың, дене шынықтырудың жаңа бағдарламалары және заманауи санитарлық мүмкіндіктері енгізілді[4-5] .

Ұлыбританияда орташа есеппен мемлекеттегі жаза өтеушілердің тағамдарының күндік құны 3,58 Фунт стерлинг (5 доллар, 2150 тг), яғни ҚР-мен салыстырғанда 1100 теңгеге көп бөлінеді. Жас құқық бұзушыларға арналған мекемелерге бұл соманы екі есе көбейтуге рұқсат етіледі - күніне 7,16 Фунт стерлинг (10 доллар). Қазіргі пенитенциарлық қызмет бүгінде оңалтуға баса назар аударады, дегенмен оның нәтижелері қаншалықты сәтті болды деген сұрақ қалады. Оңалту процесінің бір бөлігі - қамаудағыларды дұрыс тамақтануға және босатылғаннан кейін өзіне қамқорлық жасауға үйрету. Түрме қызметіне келетін болсақ, соңғы жылдары денсаулық сақтау проблемаларын болдырмауға мүмкіндік беретін жана тамақтану ережелері енгізілді, бұл түрмелердегі денсаулық сақтау бюджетіне әсер етеді. Денсаулық пен тамақтану бүгінгі түзету мекемелері асханасында басымдық болып қала береді. Соңғы жылдары қуырылған тағамдарды тұтыну күрт төмендеді. Жаңа піскен жемістер мен көкөністердің, дәнді дақылдардың көбеюі және балық өнімдерінің, соның ішінде майлы балықтардың көбеюі тек Ұлыбританияда ғана емес, сонымен қатар еуропалық және американдық түрмелерде де енгізілді[6].

АҚШ-та штаттағы тұтқындар мектеп оқушылары мен студенттерге қарағанда жақсы тамақтандырылады. Бір сотталушыны ұстау бюджетке жылына шамамен 30 мың доллар тұрады. Күнделікті тәртіпке бағынатындар үшін өте жақсы диета ұсынылады. Таңғы асқа жеміс салаты, жарма, сұлы майы, шырын және шай. Түскі және кешкі асқа тауық еті немесе сиыр еті, буррито, күркетауық шұжықтары, десертке сирек емес — торт немесе печенье тортының кішкене бөлігі кіреді. Әр түрменің штаттық кестесінде диетолог бар, ол апта сайын және жыл мезгіліне байланысты диетаны әзірлейді. Сонымен қатар, діни артықшылықтар мен медициналық ұсыныстар негізінде қамаудағыда жеке ас мәзірі болуы мүмкін: вегетарианшылар, мұсылмандар және жай диабетиктер үшін жеке тағамдар дайындалады. Егерде түзету мекеме асханаларының артылған жүктемені атқаруға мүмкіндігі болмаса, түрме әкімшілігі тамақтану компанияларының қызметіне жүгінеді [6].

Ресейде тамақтану жағына келгенде АҚШ-нан қаталдау. 2017 жылы ФСИН басшылығы тұтқындарды тамақтандырудың жаңа ережелерін бекітті. Күнделікті диета американдықтардан жоғары болды — үш мың калорияға дейін және сол тағамдарды енді аптасына екі-үш реттен артық қайталауға болмайды. Яғни, күн сайын ресейлік түрмелерде макарон берілмейді. Сөз жүзінде, дәстүрлі баланданың орнына (сұйық көкөніс сорпасы) енді таңдау үшін харчо сорпасы, тұздық, бұршақ сорпасы немесе қырыққабат сорпасы болуы керек. Балық тағамдары да кең қолданысқа ие емес. Мұндағы түрмелерде тек тамақтану тәртібі ғана емес, сонымен қатар дайын тағамдардың температурасы да қатаң қадағаланады. Сорпалар үшін бұл 75 градус, екінші тағамдар үшін-65 градус. Тіпті шәйдің өзі 80 градуста қайнатылып біріледі және оны су құю арқылы суытуға тыйым салынады.

Бұл сөз жүзінде, ал шын мәнісінде бәрі басқаша. Күніне бір тұтқынның тамақтануына бөлінген 77 рубльден тостағанның 1/3 бөлігі ғана толтырылып ас құйылады. Ас мәзірі барлық тұтқындарға ортақ, алайда мәзірді құру барысында медициналық және діни көрсеткіштер есепке алынбайды. Сонымен қатар, егер Штаттарда қалыпты бір реттік құрылғылар шығарылса, онда Ресей түрмелерінде тек алюминий ыдыс пен қасық бар, ал шанышқы қолдануға қатаң тыйым салынады [7].

Қорытынды. Тамақтану және мінез-құлық арасындағы тікелей байланыстың болуы қамаудағы адамдардың психикалық және физикалық денсаулығына тікелей кері әсер ететіндігі мәлім. Нашар, сапасыз, кейбір ағзаға маңызды нутриенттердің жетіспеуі депрессиялық жағдайлар мен созылмалы аурулардың өршуіне немесе тұқым қуалайтын аурулардың провокаторы ретінде әсер етеді. Сондықтан, пенитенциарлық мекемелерде тамақтанудың дұрыс жолға қою денсаулық пен қауіпсіздік деңгейін арттыруға көмектеседі.

Әдебиеттер

1. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/nutrition>
2. <https://informburo.kz/novosti/osuzhdyonnyh-v-kazahstane-s-yanvary-a-budut-kormit-na-1050-tenge-v-den.html>
3. <https://kursiv.kz/news/obschestvo/2021-04/v-racion-zaklyuchennykh-dobavili-syr-smetanu-kolbasu-i-frukty>

4. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/293665/Food-systems-correctional-settings-literature-review-case-study-ru.pdf
5. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400001255>
6. Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/organizational-models-of-prison-health-considerations-for-better-governance-2020>
7. Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2007/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>
8. Организационные модели пенитенциарного здравоохранения. Некоторые соображения по совершенствованию стратегического руководства <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/organizational-models-of-prison-health-considerations-for-better-governance-2020>

COVID-19-ға БАЙЛАНЫСТЫ КАРАНТИН КЕЗІНДЕ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЖҮКТІЛЕРДІ БАҚЫЛАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Серік М. 5 курс , Жалпы медицина, e-mail.ru: kbk57@mail.ru

Кузденбаева Г.Е. №1 жалпы дәрігерлік практика кафедрасының ассистенті
Каримсакова Б.К. №1 жалпы дәрігерлік практика кафедрасының профессоры

Ақтөбе қаласы.Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті

Ғылыми жетекшісі: **Каримсакова Б.К.**

Өзектілігі: Коронавирустық инфекция (COVID-19 жүкті әйелдерге және осы инфекцияға байланысты мүмкін асқынуларға қатысты көптеген аландатушылық тудырды [1]Акушер-гинекологтар үшін COVID-19 инфекция кезінде жүктіліктің болжамы мен сезімталдылығы басты назарда [2]]Жүкті әйелдердің осалдығы ана мен балада болуы мүмкін асқынуларына қатысты аландатушылық туғызады[3].Аурудың өте тез өршуі, бұл инфекцияның белгісіз болуы,сенімді ғылыми ақпараттардың болмауы акушер гинекологтарды өздерінің дәрігерлік тәжірбиесін бейімдеуге тура келді[4].

Зерттеу мақсаты: COVID -19 ға байланысты карантин кезінде амбулаториялық деңгейде жүкті әйел адамдарды бақылауды ұйымдастыруды тәжірбиесін зерттеу.

Зерттеу материалдары және тәсілдері: ретроспективті зерттеу. Зерттеуге жүктіліктің 12-41 аптасы аралығында жүктілік бойынша есепте тұрған 100 жүкті әйел енгізілді. Жүкті әйелдер клиникалық хаттамаға сәйкес бақыланды. Орташа жасы 21,6 ±3,5 жыл. Ерекше критерийлері жүкті әйелдер емес. Зерттеу Ақтөбе қаласында №6 қалалық емханада жүргізілді.

Зерттеу әдістері: анамнез жинау, жүкті әйелдерді қашықтықтан қабылдау, ватцап бойынша визуалды тексеру.

Зерттеу материалы: ЖТД мен акушер-гинекологтың ДАМУМЕД бағдарламасындағы медициналық жазбалары, ЖҚА; ЖЗА,қан тобы және резус фактор , АИТВ және RW, гепатит В және С нәтижелері.УДЗ қорытындысы.

Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау: Біз жүргізген зерттеу нәтижесінде 20 жүкті әйел жүктіліктің бірінші триместрінде (9-12 апта), 47 екінші триместрінде (14-27 апта) және 33 үшінші триместрінде болды. Қан сараптамасында, жүктілердің 90% -да әр түрлі дәрежедегі ауырлықта анемия анықталды. Карантин кезінде ол жүкті әйелдер антианемиялық ем алып жатты. Олардың 71% карантин кезінде өткізіліп жатқан емнің бақылануы қажет болды. Карантин кезінде 11-13 аптасы мерзімінде жүктілік бойынша есепке 16% алынды. Жүкті әйел адамдар жүктілік бойынша диспансерлік есепке қашықтық форматта алынды. Дәрігердің тексеру жазбасы ДАМУ МЕД бағдарламасында жүргізіліп отырды және жүкті әйелдің жеке WhatsApp номеріне жіберіліп отырды. Қан сараптамалары учаскелік қызметкерлермен үйлерінде алынды (ЖҚА,ЖЗА, қан топтары және резус фактор, АИТВ және RW, гепатит В және С). Кейін қан сараптамалары зертханаға жіберілді. Жүктілік бойынша есепке алу кезінде қашықтықтан тексеру кезінде жүктіліктің қауіпті белгілері және ЖРА, короновирустық инфекция белгілері туралы және жөтел, қызба анықталған кезде учаскелік дәрігерді немесе жедел жәрдемді шақыру қажеттілігі туралы кеңес жүргізілді. Бірінші триместрдегі жүкті әйелдер биохимиялық скринингтен және алғашқы скринингтік ультратрадыбыстық тексеруден өте алмады, өйткені карантин кезеңінде осы тексерулер жүргізілген емдеу мекемелері жабық болды. Екінші және үшінші триместрдегі жүкті әйелдер Whatsapp арқылы қашықтықтан тексерілді. Олар тап сондай себеппен жүктілік бойынша скринингтік УДЗ-дан өте алмады. Әсіресе жүкті әйел шағымдарына, дене температурасының жоғарылауына, жүкті әйелдің өзін қалай сезінетініне, жүкті әйелдің жағдайын дәрігер қалай бағалайтынына, аяқтарының ісінуі мен веналарының варикозды кеңеюі

бар жоқтығына ерекше назар аударылды. Жүкті әйелмен әр қашықтықтан байланысқан кезде жүктіліктің қауіпті белгілері, ЖРА және коронавирустық инфекция симптомдары ескертіліп отырды. Жүкті әйелде дене температурасы жоғарлаған кезде немесе жөтел анықталған кезінде учаскелік ЖТД не ақпарат жіберіліп отырды. Жергілікті ЖТД дәрігер жүктілерді үйлерінде тексерді және ЖТД дәрігермен бірге жүкті әйелдің жағдайына күнделікті бақылау жүргізіліп отырды. Жүктілігі екінші және үшінші триместрдегі әйелдерде және 40% жүкті әйелдерде жөтелге, тамағының қышынуына шағымдары болды. Солардың ішінде 7 жүкті әйелде дене температурасының 37,5 градустан жоғарлағаны анықталды. Дене температурасы 37,5 градустан жоғары жүкті әйелдер COVID-19 ПТР-ға тексерілді. 7 % -да ПТР расталмаған COVID -19 пневмония, және бір жүкті әйелде ПТР расталған COVID -19 пневмония болды. Олар ауруханаға жатқызылды және сәйкесінше ем қабылдады. Барлығында жүктілік асқынусыз уақытылы босаумен аяқталды. Карантин кезінде қашықтықтан бақылау кезінде зәрдегі ақуызды анықтау мүмкін болмады, өйткені жүкті әйелдерде сынақ-жолақтары болмады және әрбір 4 жүкті әйелдің қолында тонометр жоқ болды. Біздің зерттеуімізде кеш гестоздың бірде-бір жағдайы анықталған жоқ.

Қорытынды: Біздің зерттеулердің нәтижесі бойынша амбулаториялық деңгейде жүктілерді қашықтықтан бақылаудың ұйымдастырылуында жүктіліктің қауіп белгілері, коронавирустық инфекцияның симптомдары, жүкті әйелдің өзін-өзі бақылауы туралы толық ақпарат берудің маңызы зор.

Әдебиеттер:

1. [Pedro Castro^{1,2}, Ana Paula Matos¹, Heron Werner¹, Flávia Paiva Lopes¹, Gabriele Tonni³, Edward Araujo Júnior^{4,5}](#) Covid-19 and Pregnancy. An Overview. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020 Jul;42(7):420-426. DOI: 10.1055/s-0040-1713408. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32559801
2. Zhang L, Jiang Y, Wei M, Cheng BH, Zhou XC, Li J, Tian JH, Dong L, Hu RH. [\[Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province\]](#). Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2020 Mar 25;55(3):166-171. DOI: 10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00111. PMID: 32145714
3. Dashraath P, Wong JLL, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. [\[Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) pandemic and pregnancy\]](#). Am J Obstet Gynecol. 2020 Jun;222(6):521-531. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.03.021. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32217113
4. Monteleone PA, Nakano M, Lazar V, Gomes AP, de H Martin, Bonetti TC. [\[A review of initial data on pregnancy during the COVID-19 outbreak: implications for assisted reproductive treatments\]](#). JBRA Assist Reprod. 2020 May 1;24(2):219-225. DOI: 10.5935/1518-0557.20200030. PMID: 32301600

ЙОД ЖЕТІСПЕУШІЛІК ЖАҒДАЙЫНЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Серікқызы А.¹, Бейсбекова А.К.², Шертаева А.Ж.³

«Медико-профилактикалық іс» 1 курс магистранты, Алматы, Қазақстан.¹

С.Д. Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ, «Нутрициология» кафедрасының доценті²

Әл-Фараби ат.ҚазҰУ оқытушысы³

Йод жетіспеушілік жағдайы адам ағзасына әсері.

Йод – маңызды микроэлементтердің бірі[1]. Ағзадағы қалыпты мөлшері шамамен 100-150 мкг.

Йодтың ағзадағы 80%-ы (15-20 мг) қалқанша безде орналасқан. Ол маңызды мүшенің гормондарының түзілуі үшін қажет. Мұнда әрекет ететін бастауышы йод болатын тироксин мен трийодтиронин гормондары түзіледі. Йодты гормондардың биологиялық рөлі:

- йод ұрықтың өнуі, дамуы үшін ықпал етеді;
- сары дененің қызметін ынталандырып, жүктіліктің алғашқы кезеңін қорғайды;
- иммундық жүйенің қалыптасуына ықпал етеді;
- эмбриогенез үрдістерін реттейді;
- мидың құрсақшілік дамуын қамтамасыз етеді;
- анаболикалық әсері бар, сондықтан тіндердің өсуі мен бөлінуін бақылайды;
- ағзадағы барлық алмасу үрдістерін реттеуге қатысады.

Қалқанша бездің гормондары ағзаның жүйелерінің қызметін, су-тұз алмасуын, жылудың пайда болуын, зат алмасу қарқынын, нәруыздар, көмірсулар мен дәрумендердің алмасуын қамтамасыз етеді. Қалқанша безінде негізгі бөлігі бета-каротин болып табылатын өсімдік тектес ізашарлары - каротиноидтардан А дәрумені пайда болады.

Йод жетіспеушілігі адам ағзасының дамуы мен қалыптасуына қатысты көптеген жағымсыз салдарларға ие. Йод жетіспеушілігінен туындаған бұзылулар «йод тапшылығы аурулары» терминімен біріктірілген және өте өзекті медициналық және әлеуметтік проблема болып табылады [2]. Йод тапшылығы ауруларының негізінде ағзаға йодтың жеткіліксіз түсуіне байланысты қалқанша безінің гормондарының жеткіліксіз өндірісі жатыр.

Әлемдегі йод жетіспеушілік көрінісі.

1980 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы адамзаттың шамамен 60% - ы йод жетіспеушілігінен зардап шегетінін жариялады (ең ауыры-дамушы елдерде). Көп ұзамай йод жетіспеушілігін жоюдың ең қарапайым және арзан әдісі-йодталған тұзды тұтыну екендігі белгілі болды[3]. Содан бері йодталған тұзды пайдаланатын үй шаруашылықтарының үлесі 20-дан 70% - ға дейін өсті[4]. Осыған қарамастан, ДДҰ мәліметтері бойынша, 2 миллиардқа жуық адам, олардың үштен бірі мектеп жасындағы балалар, йод жетіспеушілік жағдайында өмір сүруді жалғастыруда[5]. Ресей Федерациясындағы кең ауқымды зерттеулер елдің барлық аумағында йод тапшылығының (әртүрлі ауырлық дәрежесінің) сақталғанын айғақтайды. [6] Бұл ретте қалқанша без патологиясының құрылымында ересектерде йод тапшылығы аурулары 65% - ды, ал әйелдерде-95% - ды құрайды[7]. Йодқа күнделікті қажеттілік адамның жасына және физиологиялық жағдайына байланысты және [8]:

90 мкг - 5 жасқа дейінгі балалар үшін,

120 мкг - 5 жастан 12 жасқа дейінгі балалар үшін,

150 мкг - 12 жастан бастап балалар мен ересектер үшін,

250 мкг - жүкті және бала емізетін әйелдер үшін.

Йод ағзадан негізінен бүйрекпен шығарылатындықтан, йодтың несеппен шығарылу деңгейі оның тұтынылуын көрсетеді, ал популяцияның йод мәртебесінің жіктелуі несептегі йод концентрациясының медианасына (йодурия медианасына) негізделген.

Йод жетіспеушілігімен байланысты аурулар бүкіл әлемде денсаулық сақтаудың маңызды проблемасын тудырады. Үндістанда субконтинент топырағында йодтың жетіспеушілігіне, йод тапшылығы бар топырақта өсірілетін жануарлар мен өсімдіктерден алынатын өнімдерге байланысты бүкіл халық йод жетіспеушілігіне бейім. Үндістанда йод тапшылығы бар аймақтарда туылған балалар орта есеппен 13. Интеллект коэффициенті (IQ) йод мөлшері жеткілікті аймақтарда туылған балаларға қарағанда 5 тармаққа төмен. Үндістандағы йод тапшылығымен күресу бағдарламасы-бұл денсаулық сақтаудың сәттілік тарихы: халықтың 92% - ы йодталған тұзды пайдаланады. Мемлекеттік мекемелер, академиялық мекемелер, тұз өнеркәсібі, даму агенттіктері және азаматтық қоғам арасындағы серіктестік осы жетістікке жетуде маңызды рөл атқарды. Үндістанда йод тапшылығын тұрақты түрде жою қол жетімді, барлық негізгі мүдделі Тараптардың ұлттық және мемлекеттік деңгейдегі жедел және келісілген күш-жігері қажет. даму агенттіктері мен азаматтық қоғам осы жетістікке жетуде маңызды рөл атқарды[9].

Йод жетіспеушілігі Жапония және кейбір Еуропа елдері (Скандинавия, Швейцария, Австрия) үшін проблема болып табылмайды, онда тағамға йод қоспаларының ұлттық бағдарламалары көптеген жылдар бойы жұмыс істейді (ВНО, 2004)

Дамушы елдерде йод тапшылығы бүкіл адамның денсаулығына теріс әсер ететін модификациялық факторлардың бірі ретінде анықталды. [10]Бұл денсаулық сақтаудың жаһандық проблемасы және онымен күресу, жеке адамға емес, қауымдастық деңгейінде диагноз қоюға және түзетуге баса назар аудару керек. Йодтың жетіспеушілігімен күресте жағдайды өзгерту үшін серіктестіктер өте маңызды: ЮНИСЕФ, МСИДД (йод тапшылығы ауруларын бақылау жөніндегі халықаралық кеңес), халықаралық және қос құрылымды агенттіктермен және тұз өнеркәсібімен ынтымақтастық, бұл көптеген тараптарға сыртқы тұзды йодтаудың Ұлттық бағдарламаларын жасауға көмектесті.

Әлемнің көптеген елдерінің тәжірибесі йод тапшылығы проблемаларын шешудің ең тиімді жолы тұзды йодтау саласындағы заңнаманы қабылдау және тарту болып табылатынын көрсетеді. 2000 жылдың сәуір айындағы жағдай бойынша йод тапшылығы байқалған әлемнің 130 елінің 95-інде Вайс бойынша заңнама қабылданды. Қазірдің өзінде Қытай, Үндістан, Индонезия, Бразилия, Бангладеш сияқты көп қоныстанған елдердің 72 тұрғындары тек йодталған тұзды пайдаланады. Осының арқасында жыл сайын 85 миллион бала дүниеге келеді, Оларға йод тапшылығының ауыр зардаптары қауіп төндірмейді. Орталық және Шығыс Еуропада және ТМД елдерінде Вайс бойынша заңнама Болгарияда, Польшада, Венгрияда, көптеген Балқан елдерінде (Югославия, Хорватия, Македония, Босния), Қырғызстан мен Түркіменстанда қабылданды. Аймақтың барлық қалған елдеріне алға қойылған мақсатқа жету үшін қосымша уақыт қажет (2006-2007 жж.дейін). Ресей мен Украинаға келетін болсақ, ірімшіктерге байланысты тұзды әмбебап йодтау бойынша саяси міндеттемелерді орындау үшін ұзақ уақыт қажет болуы мүмкін[11].

Йод жетіспеушілігінің Қазақстанда таралуы.Қазақстан Республикасында Тәуелсіздік алғаннан кейін алғаш рет 1999 жылы йодтың несеппен экскрециясының көрсеткіштерін пайдалана отырып, тергеу жүргізілді, сол кезде ЙТА-ның таралу дәрежесі мен айқындылығын көрсетті. Осы зерттеулер бойынша Қазақстанның оңтүстік және шығыс облыстарында орташа өсу қарқыны 52-ден 67-ге дейін болды. Солтүстік өңірде бұл көрсеткіш 60,7-ге жетті, ал сұлы эндемиясынан бос деп саналған Батыс өңірлерде 61 әйелдің репродуктивті өсуінен зардап шегетіні анықталды, тек Қазақстанның орталық өңірінде бұл көрсеткіш 25-ті құрады. 5844 иелік етілген үйлердің тек 29 29-ы йодталған тұзды пайдаланды. 13,4 жылы үйлерде жалған тұз пайда болды, яғни қаптамада "йодталған" деген жазу болды, бірақ ее тестілеу кезінде йодтың іздері болмады [12].

90-шы жылдардың аяғында таке ережесі кең ауқымды және тиімді профилактикалық және емдік шараларды ұйымдастыруда тұрақты дауыс беруді қажет ететін ұлттық трагедия ретінде қарастырылды [13].

2001-2002 жылдары Қазақстанның жекелеген өңірлерінде бірінші кезекте Ұлттық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы (СӨСКПҰО) "йододефицитті жағдайларды жоюдың тәсілдері мен әдістерінен хабардар болу" бойынша тергеу жүргізді. Осы зерттеудің негізгі нәтижелері йод тапшылығы сәйкестіктерінің қауіптілігі туралы хабардар болу және түсіну деңгейі, сондай-ақ олардың алдын алу үшін йодталған тұздың маңыздылығы халықтың орташа әр түрлі топтары төмен болғанын көрсетті. Осыдан кейін сол жылы "Қазақстан Республикасының қоныстану ортасының йод тапшылығын жою және алдын алу туралы" ҚР билеушілерінің қалыптасуы шықты" йод тапшылығы проблемалары бойынша қолда бар қол жетімді деректерді талдау 2002 жылға қарай жалпыұлттық, коммуникациялық стратегияны іске асырудың басталу кезеңі - қоныстану қаупі тобындағы йодурия мөлшері бойынша патологияның жоғары таралуын, йодталған тұз қажеттілігінің төмен деңгейін және халықтың әртүрлі топтарының йодталған тұздың салдары туралы білім деңгейін және йодталған тұздың Соңғысы йод тапшылығына қарсы күрес жөніндегі ұлттық коммуникациялық бағдарламалардың негіздемелері мен іске асырылуына негіз болды [14].

2003 жылғы қазанда Бас Мемлекет басшысы Н. Назарбаев «йод тапшылығы ауруларының алдын алу туралы» ҚР Заңына қол қойды заңдарда «Қазақстан Республикасының аумағында өндірілетін тағамдық және жемдік тұз міндетті йодтауға бағынады» деп көрсетілген, жалған тұзды өндіруге, әкелуге, өткізуге тыйым салынған [15].

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасының тұз өнеркәсібі 2 ірі (АО «Аралтұз», «Павлодарсоль» ЖШС) және бірнеше ұсақ («Сузактуз» ЖШС, «Индерская» ЖШС) әдістерінен тұрады, олар өздігінен шөгетін кен орындарынан тұз өндіреді.

2005 жылы Қазақстан Республикасының тұз өндірушілер қауымдастығы құрылды, оның негізгі мақсаты: йодталған тұзды өткізудің ішкі және сыртқы нарықтарын бөлу жөніндегі бірлескен іс-қимылдарды үйлестіру; сапалы йодталған саңылаулы тұзды шығару, Технологиялық процестерді жетілдіру, импорт бойынша тұзды қамтитын жалған өнімнен нарықты қорғау; басқа да корпоративтік мүдделерді шешу болып табылады.

Алдын-алу шаралары.

Йод тапшылығын толықтыру үшін микронутриенттердің тапшылығымен күрестің үш стратегиясы жеке, топтық және жаппай алдын алу тәсілдері қолданылады.

Сапалы йодтау - йод тапшылығының профилактикасындағы жек етәсілге йоды бар дәрі-дәрмектерді қолдану немесе йоды бар биологиялық белсенді заттарды қолдану және жеке адамдарға йод препараттарын бұлшық етке ине салу арқылы енгізу жатады. Жеке профилактика тәсілі дәрігердің міндетті түрде қарауы арқылы қолданылады.

Құрамында йод болатын препараттарға пероральды (ауыз арқылы) және парентеральды (ине салу арқылы) қолданылатын таблеткалар мен майлар жатады.

Топтық профилактикаға - йод тапшылығының қаупі бар топтарда: балалар, жасөспірімдер, жүкті немесе бала емізетін әйелдер, бала тууға қабілетті жастағы әйелдер арасында йод препараттарын тағайындау жатады. Қазақстанда йод препараттары жүкті әйелдерге медициналық мекемелер арқылы тегін таратылатын дәрі-дәрмектер қатарына жатады. 2004 жылдан бері қолданылып келе жатқан шара йод тапшылығының профилактикасына ықпал етеді.

Фортификация-ұзақ мерзімді құрамында йодқа құнарландырылған тағамдарға қолдану жатады. Қазіргі таңда әлемде тұзды табысты йодтау жүзеге асырылып келеді. Бұл мақсаттарға тұзды қолдану ыңғайлы болып табылады [16].

Әдебиеттер

1. Қазақстанның тұзды жан-жақты йодтау жөніндегі есебі/UNICEF. Астана, 2007
2. Hetzel RS. Iodine deficiency disorders (IDD) and their eradication. Lancet. 1983;2:1126-1129.
3. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. Lancet. 2008;372:1251-1262.
4. Andersson M, de Benoist B, Rogers L. Epidemiology of iodine deficiency: salt iodisation and iodine status. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2010;24(1):1-11.
5. de Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. Food Nutr Bull 2008;29: 195-202.
6. Дефицит йода - угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы. Национальный доклад. М., 2006
7. Абдулкабирова ФМ. Профилактика йододефицитных заболеваний у детей. Педиатрия. 2010;4.
8. World Health Organization UNCSF, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2007.

9. Kapil Yadav, Chandrakant S Pandav: National Iodine Deficiency Disorders Control Programme: Current status & future strategy.
10. Z. Sehnishvili, P. Sushdev, G. Gerasimov. Elimination of iodine deficiency in the Republic of Georgia // IDD News letter. - 2007. - Vol. 24. - №2. - P. 8-9
11. Баасайхуугийн Бямбаатогтох. Мониторинг и оценка йододефицитных заболеваний в Монголии // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Алматы. -2005. -С.11-26
12. J. Raymond, S.H. LaFranchi. Fetal and neonatal thyroid function: review and summary of significant new findings // Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. -2010. -P.17-21.
13. Е.Ю. Ушанская. Профилактика анемии и йододефицита у женщин репродуктивного возраста в Северном регионе Казахстана // Алматы: - 2010. 52 с.
14. Закон РК «О профилактике йододефицитных заболеваний». Астана: -№ 489-ІІ ЗРК. -2003.
15. Ф.Е. Оспанова. Потребление йодированной соли в оценке йодного статуса населения // Здоровье и болезнь. - 2000. - № 2 (9). - С. 23-24.
16. Т.Ш. Шарманов, Ш.С. Тәжібаев, И.Г. Цой: Маңызды микронутриенттердің ролі және микронутриенттер ташылығының алдын алу шаралары туралы. -С142-145.

УДК 616.24-008.87-615.371-07

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ермеков Ұ.Ж., студент 3 курса Школы общественного здоровья и биомедицины «НАО» «Медицинский университет Караганды» г.Караганда, Казахстан, 103karazhal@mail.ru

Научный руководитель: Абуова Г.Т., ассистент профессора Школы общественного здоровья и биомедицины, abuova.gaziza@mail.ru

Аннотация: Анализ показателей охвата вакцинацией COVID -19 населения стран, распространенности основных факторов риска развития COVID -19 среди населения стран.

Ключевые слова: Все вакцины против COVID-19, разрешенные в настоящее время в Республике Казахстан, эффективны против COVID-19, включая последствия тяжелого заболевания.

Материалы и методы: Ежегодно вакцины спасают миллионы жизней. Разработка безопасных и эффективных вакцин против COVID-19 огромный шаг вперед в наших глобальных усилиях по прекращению пандемии и возвращению к тому, чтобы делать больше того, что нам нравится, с людьми, которых мы любим. Вакцины действуют, имитируя инфекционный агент - вирусы, бактерии или другие микроорганизмы, которые могут вызывать заболевание. Это «учит» нашу иммунную систему быстро и эффективно противодействовать ей. Таким образом, наша иммунная система может быстро распознать ее и бороться с ней, прежде чем она заставит нас заболеть. Так были созданы некоторые вакцины против COVID-19. Другие вакцины против COVID-19 были разработаны с использованием новых подходов, которые называются вакцинами с информационной РНК или мРНК. Анализ данных по заболеваемости населения стран коронавирусной инфекцией и смертности от этого заболевания проведен на основе данных государственной статистики. Методом ретроспективного анализа изучены также данные по распространению основных факторов риска развития среди населения.

Результаты: Несмотря на многие достижения в области исследований вакцин за прошедшие годы, многое еще предстоит сделать. Исследователи во всех странах, а также в лабораториях работают над снижением бремени болезней, помогая разрабатывать вакцины против старых и новых болезней.

Исследователи преследуют три широкие цели в исследованиях вакцин:

1. Определить новых кандидатов на вакцины для профилактики заболеваний, для которых в настоящее время не существует вакцин.
2. Повышение безопасности и эффективности существующих вакцин.
3. Разработать новые подходы к вакцинации, такие как новые системы доставки и адьюванты.

Для достижения этих целей ВОЗ проводят и поддерживает фундаментальные и прикладные исследования в таких областях, как иммунология, микробиология и патология заболеваний.

Вакцина от коронавируса дает такие же хорошие результаты в «реальном мире», как это было ранее задокументировано в рандомизированных испытаниях. В исследовании случай-контроль, которое было рецензировано сравнилось 596 618 человек, которые были недавно вакцинированы в Израиле, и сравнивались с невакцинированными контрольными людьми. По данным Исследовательского института Кларит, две дозы мРНК-вакцины снизили количество симптоматических случаев на 94%, количество госпитализаций на 87% и тяжелой формы COVID-19 на 92%. По данным международной онлайн статистики на первом месте США. В Республике Казахстан всего 1 компонентом 6 819 137, 2 компонентом 5 646 747,

человек вакцинированы. Испытания фазы 3 полагаются на людей, инфицированных вирусом естественным путем. Половине участников вводят тестируемую вакцину, другой половине - плацебо. Если меньше людей в вакцинированной группе продолжают заражаться COVID-19, вакцина дает эффект. Фактическое число людей, которые заражаются вирусом, довольно низкое, что означает, что для расчета эффекта вакцины необходимо использовать статистический метод, называемый «анализ мощности». Модельные исследования показывают, что соблюдение других профилактических мер, таких как ношение масок и физическое дистанцирование, по-прежнему имеет важное значение в контексте внедрения вакцины. В одном исследовании полное ослабление профилактических мер для населения до адекватного охвата вакцинацией (60-80% в зависимости от рассматриваемой популяции) не привело к существенному сокращению числа инфекций SARS-CoV-2. Однако в контексте быстрого внедрения вакцины польза от немедикаментозных вмешательств снижается: предварительные данные одного исследования показали, что профилактические меры в странах могут начать смягчаться через 2-3 месяца после начала вакцинации, если будет достигнута норма в 3 миллиона доз, вводимых ежедневно. Соответственно, предварительные данные свидетельствуют о том, что повышение показателей вакцинации может позволить постепенно отказаться от некоторых профилактических мер по мере увеличения охвата. Учитывая высокую эффективность вакцины и расширение охвата вакцинацией, предварительные исследования моделирования, проведенные до появления Дельта-варианта, предсказали, что вакцинированные люди, возвращающиеся к нормальной деятельности, окажут минимальное влияние на течение пандемии

Заключение: Безопасные и эффективные вакцины меняют правила игры, но до сих пор неясно, в какой степени они могут защитить нас от инфекции и передачи инфекции. В настоящее время, даже после вакцинации, мы должны продолжать принимать меры предосторожности, чтобы защитить себя и других. Вакцины COVID-19, разрешенные в настоящее время в нескольких странах, показали свою эффективность против инфекций ОРВИ-КОВ-2, включая бессимптомную и симптоматическую инфекцию, тяжелые заболевания и смерть. Эти результаты, наряду с ранними доказательствами снижения вирусной нагрузки у вакцинированных людей, у которых развивается COVID-19, предполагают, что любой связанный с этим риск передачи, вероятно, будет значительно снижен у вакцинированных людей. В то время как эффективность вакцины против новых вариантов ОРВИ-КОВ-2 остается под исследованием, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что вакцины COVID-19, в настоящее время разрешенные в нашей Республике, обеспечивают защиту от известных новых вариантов, включая вариант Дельта, особенно от госпитализации и смерти. Данные свидетельствуют о более низкой эффективности вакцины против подтвержденных заболеваний и симптоматических заболеваний, вызванных бета -, Гамма-и Дельта-вариантами, по сравнению с предковым штаммом и Альфа-вариантом.

Литература

1. Иммунизация. Основные вопросы по вакцинации проти COVID-19 <https://www.unicef.org/eca/stories/what-you-need-know-about-covid-19-vaccines>
2. Онлайн доска ВОЗ по клиническим испытаниям и показатели по вакцинации в странах в том числе РК
3. ҚР ДСМ статистикалық жинағы
4. Эпидемиологическое состояние в мире и Республике Казахстан (Обзорная статья)

ПАНДЕМИЯ КЕЗІНДЕ ЕМДЕУ МЕКЕМЛЕРІНДЕГІ МЕДИЦИНА МАМАНДАРЫНЫҢ ЕҢБЕК ПЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Ескерова С.У., Бекмаханов А.Ж., магистрант 1 курс, МПШ
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., e.mail: sarahesu@mail.ru

Өзектілігі. Пандемия - қоғамдық денсаулық пен кәсіптік денсаулық мәселесі болып табылады, өйткені медицина қызметкерлері халықтың денсаулығы мен өмірі үшін індетке қарсы күресте алдыңғы қатарда жүреді әрі өз өмірлеріне қауіп төнеді. Медицина қызметкерлерінің еңбек қауіпсіздігі мен денсаулығын қорғау мәселелері бойынша, оның ішінде көпшілігі әйелдер жұмыс жасайды, Халықаралық еңбекті қорғау №149 Конвенциясы бар.

Сонымен қатар, медициналық мамандық адам денсаулығына (оның ішінде репродуктивті денсаулығына), психикалық денсаулыққа және әлеуметтік әл-ауқатқа нұқсан келтіретін биологиялық факторлардың, стрестің, дене белсенділігінің және т.б. әсер етуімен сипатталатындығы белгілі. Ресей ғалымы Денисов Э.И. басқа авторлармен жүргізген ғылыми зерттеуінде жұмыс күнінің соңына қарай иммунитеттің әлсіреуі санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау қызметтері, перзентханалар, сондай-ақ жедел жәрдем және күйік орталықтары қызметкерлері арасында байқалатындығын дәлелдеді. Жалпы алғанда, әдебиеттерде медициналық қызметкерлердің негізгі кәсіптерінің еңбек жағдайлары Р2.2.2006-05 нұсқаулығының критерийлері бойынша зияндылықтың 3.2–3.3 сыныптары ретінде және эпидемия кезінде

жоғары жұмыс жүктемесінің, стрестің, жеке қорғаныш құралдарының пайдалану жағдайында және т.б., еңбек жағдайларында өте зиянды және экстремалды 3,4-4 сыныптары ретінде бағалануы мүмкін[1]. Сонымен қатар, бұқаралық ақпарат құралдары олардың жоғарылағанын атап өтсе де, медициналық қызметкерлер арасында аурушаңдық пен өлім-жітім бойынша нақты статистикалық мәлімет жоқ.

Басқада ғалымдардың жүргізген ғылыми зерттеу жұмысының нәтижесі бойынша емдеу мекемелерінде жұмыс жасайтын медицина қызметкерлері арасында қалыптасқан еңбек жағдайына байланысты негізінен кәсіби жұқпалы аурулар 88,9%, оның ішінде вирусты гепатит 20,5%, туберкулез 68,4% диагностикаланған. Ал 2020 жылы медицина мамандарының арасында биологиялық фактордан көп таралған кәсіби ауру – бұл COVID-19 ауруы болды[2]. Сонымен бірге, медицина маманында әкімшілік маманына қарағанда мазасыздық, үрей және депрессия жиірек байқалды[3]. Емдеу мекемелерінде пандемия кезінде медицина мамандары «психологиялық жану» жағдайында еңбек етті. Оны медицина мамандары арасында белгілі «Дәрігер анықтамасы» мобильді қосымшасының командасы сұрақнама арқылы анықтады. Сұрақнама қорытындысы бойынша респонденттердің, корнонавируспен ауырған науқастармен жұмыс жасағандарының 30%-ы шаршауына байланысты жұмыстан шығуғы ниет еткендер, 37% эмоционалдық күйзелістен денсаулығында кінәрат пайда болғандығы анықталды. Зерттеуге барлығы 2822 респондент қатысқан, оның 90% дәрігерлер, 611 маман сол кезде «қызыл аймақта» жұмыс жасаған[4].

Осы зерттеліп отырған мәселе бойынша ДДҰ мәліметіне сүйенсек, COVID-19 күресу жағдайында медицина мамандары кәсіптік ауру қаупіне, жарақаттануға, тіпті өлімге ұшырауы мүмкін деп атап көрсетті. Бұл қауіптер: көмек көрсету кезінде жұқпаны жұқтыру, жеке қорғаныс құралдарын ұзақ уақыт киіп жүруден дерматологиялық бұзылыстар және жылулық стресс алу, дезинфекциялық заттарды көп мөлшерде қолданудан токсикалық әсер, психологиялық күйзеліс, зорығу, стигматизация, дискриминация, физикалық және психологиялық зорлық-зомбылық, қуғынға ұшырау. Пәкістанда COVID-19 басталғаннан бері медицина қызметкерлері тұрақты физикалық және психологиялық қысымға ұшырады, оның ішінде инфекцияның жоғары қаупі, қорғаныс құралдарының жеткіліксіздігі, оқшаулану, шаршау және отбасылық байланыстың болмауы. Расталған немесе күдікті COVID-19 пациентіне күтім жасайтын медицина қызметкерінің рөлінің кенеттен өзгеруі көңілсіздік, дәрменсіздік пен бейімделу мәселелерін, сондай-ақ стигматизациядан қорқу сезімін тудыруы мүмкін[5,6].

Сонымен қатар, аурудың өршуі кезінде медицина мамандарының әртүрлі топтары күрестің алдыңғы шебінде болуы мүмкін, бұл олардың міндеттерін орындау кезінде ауруды жұқтыру қаупін тудырады. Жұқпаны жұқтырудың негізгі себептерін атап айтсақ, медицина қызметкерлері, әсіресе ауру жұқтырғандармен қарым-қатынастан жұқтыруы мүмкін, ауру ошағына қарсы іс-шараларды жүзеге асыруға белсенді қатысатындар (жедел жәрдем бригадаларының мүшелері, реанимация және жұқпалы аурулар қызметкерлері, құтқару көліктеріндегі жұмыскерлер); пациенттер және олардың әріптестері; жұқтырған науқастардың биологиялық сұйықтықтары; медициналық жабдықтар, дұрыс пайдаланбау, тазалау немесе дезинфекциялау кезінде жеке қорғаныс құралдары; дұрыс тазартылмаған немесе дезинфекцияланбаған орта; дұрыс тазаланбаған немесе кәдеге жаратпаған кір жууға арналған жабдық, ыдыс-аяқ, ас құралдары және медициналық қалдықтары болып саналады[7].

Сонымен қорытындылай келе, денсаулық сақтау саласы қызметкерлерінің денсаулығын, қауіпсіздігін және әл-ауқатын қорғау, инфекцияның алдын алу және бақылау, еңбекті қорғау және қауіпсіздікті жетілдіру саласында жақсы үйлестірілген және жан-жақты араласу бүгінгі күннің талабы.

Жұмыстың мақсаты: халыққа медициналық көмек көрсететін емдеу мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің еңбек ету ортасы мен денсаулық жағдайын гигиеналық тұрғыдан бағалау.

Жұмыстың міндеттері: 1) Емдеу мекемелеріндегі медициналық қызметкерлердің еңбек ету ортасына гигиеналық сипаттама беру; 2) Емдеу мекемелері бөлмелеріндегі ауаның зарарсыздандырылуын санитариялық-эпидемиологиялық бағалау; 3) Пандемия кезінде медицина қызметкерлерінің психосоциалдық денсаулық жағдайына баға беру; 4) Емдеу мекемелерінде жүргізілген санитариялық-эпидемиологиялық шараларды талдау және жетілдіру.

Зерттеу нысаны: Шымкент қаласының емдеу мекемелері

Зерттеу әдістері мен материалдары:

1. Аспаптармен гигиеналық зерттеу:

А) Емдеу мекемелері бөлімшелерінде ауаның сапасын ультракүлгін шамдармен зарарсыздандырылу сапасын зерттеу. Ә) Аурухана бөлмелерінің микроклиматтық жағдайын зерттеу. Б) Жұмыс ортасының кәсіби физикалық факторларын зерттеу.

2. Хронометраждық зерттеу жүргізу.

3. Әлеуметтік-гигиеналық сауалнама жүргізу.

4. 2019-2021 жылғы статистикалық мәліметтерді талдау.

Зерттеуден күтілетін нәтижелер: 1) Пандемия кезінде емдеу мекемелерінде еңбек ететін медицина қызметкерлерінің еңбек және денсаулық жағдайы жан-жақты талданады. 2) Медицина мамандарының еңбек ету және денсаулық жағдайын жетілдіру шаралары ұсынылады. 3) Ғылыми зерттеу нәтижесі бойынша әдістемелік нұсқау жазылады.

Әдебиеттер

1. Денисов Э.И., Прокопенко Л.В., Пфаф В.Ф. Пандемия COVID-19: проблемы медицины труда работников здравоохранения//Медицина труда и промышленная экология.2021;61(1):4961. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-1-49-61>
- 2.Гарипова Р.В., Стрижаков Л.А., Умбетова К.Т., Сафина К.Р. Профессиональные заболевания медицинских работников от воздействия инфекционных агентов: современное состояние проблемы. // Медицина труда и промышленная экология. 2021;61(1):49-61Медицина труда и промышленная экология. 2021;61(1):13-17.
- 3.Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19.- Москва. - 2020 . - 46с.
- 4.КостарноваН.Коммерсантъ//Медицинапроситпомощи. - 01.11.2021. <https://www.kommersant.ru/doc/5060180>
5. COVID-19: гигиена и безопасность труда медицинских работников. Временные рекомендации. - 2 февраля, 2021 г. - 20с.
6. Zheng Wei. Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. J. Aff. Disord. 2020- published online - 21 March 2020.
7. Охрана труда в условиях пандемии. - 2020 г. - 47с.

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР АУРУХАНАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ҮРДІСІНЕ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ JAҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ

Ескерова С.У., Султамуратова А.Ж. магистрант 1курс, МП, Бекжанова М.У.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., e.mail: sarahesu@mail.ru

Өзектілігі: XXI ғасырда жұқпалы аурулар бүкіләлемде қоғамдық денсаулық үшін ең басты қауіп – қатер көзіне айналды[1]. Өз кезегінде бұл халықтың физикалық және психикалық денсаулық жағдайына айтарлықтай кері ықпал етеді[2].

Халықтың ауырған бөлігіне медициналық қызмет көрсететін медицина саласының мамандары, олардың ішінде әсіресе, жұқпалы аурулар ауруханасының мамандары бірінші кезекте психикалық денсаулығына зиян келетін жоғары қауіп тобында болады. Бұған нақты мысал ретінде 2019 жылы дүниежүзіне тараған коронавирустық жұқпаны алуға болады. Жұқпалы ауруы бар науқастарды емдеуде медицина мамандары үлкен стресс, жұмыс күнінің ұзаруы, инфекцияны жұқтыру қаупі, қорғаныс заттарының жеткіліксіздігі, жалғызсырау, физикалық шаршағыштық, сонымен қатар отбасынан аластатылу секілді психикалық денсаулыққа зиян келтіретін себептерді көрсеткен. Сонымен қатар, көптеген шетел ғалымдарының ғылыми зерттеу еңбектерінде COVID-19 коронавирустық жұқпа пандемиясы кезінде пациенттермен жұмыс жасаған медицина қызметкерлерінің басым бөлігінде мазасыздық пен депрессия белгілері анықталғаны туралы және де жағымсыз эмоциялар мен күйзеліс науқастарға медициналық көмек беруде кешігулер мен қателіктер жіберуге соқтыратын оқиғалар ретінде сипатталатыны туралы мәліметтер келтірілген [3].

Ал ғалымдар Ванг С., Пан Р. Қытайда COVID-19 індетінің бастапқы кезеңдерінде респонденттердің жартысынан көбі өздерінің психологиялық жағдайын орташадан ауыр деп бағалағанын, ал шамамен үштен бірі орташа және ауыр мазасыздық жағдайда екендігі туралы хабарлады[4]. Бұған қоса, Benjamin Y.Q. Тап басқа ғалымдармен (2020) бірлесіп COVID-19 індетімен ауырған науқастарға тікелей көмек көрсеткен 470 медицина қызметкерлерінің психикалық денсаулық жағдайына арнайы зерттеу жүргізді. Оның нәтижесінде 68 (14,5%) – мазасыздықтың жоғарғы деңгейі, 42 (8,9%) – депрессивті белгілер, 31 (6,6%) – күйзелістің ең жоғарғы деңгейі және 36 (7,7%) – клиникалық белгілер, 8 - жарақаттан кейінгі стрестік бұзылыс анықталды[5]. Сонымен қатар, жан сақтау және жұқпалы аурулар бөлімшелерінде науқастармен тікелей жұмыс жасағандар коронавируспен ауыратын науқастармен іс жүзінде кездеспейтін медицина қызметкерлерімен салыстырғанда мазасыздық пен депрессия белгілерін 2 есе көп сезінетіндігін Wen Lu басқа авторлармен (2020) дәлелдеді[6].

Қазақстан Республикасында медицина қызметкерлерінің еңбегі, оның ішінде жұқпалы аурулар ауруханасының еңбек ететін медицина мамандарының жұмысы ауыр жұмыстардың, еңбек жағдайлары зиянды және (немесе) қауіпті жұмыстардың тізбесіне енгізілген[7]. Себебі жұқпалы аурулар ауруханасында еңбек ететін медицина мамандары барлық жұқпалармен, оның ішінде аса қауіпті жұқпалы аурулармен және

де жаңа пайда болған аурулармен ауырған науқастармен, олардың биологиялық бөлінділерімен бірінші кезекте тікелей жұмыс жасайды әрі жұқтыру қаупі жоғарылар санатына кіреді.

Ақпараттық базалардағы әдебиет көздеріне шолу жасай отырып, пандемия кезінде әлем ғалымдарының ғылыми жұмыстары негізінен медицина қызметкерлерінің психикалық денсаулығын зерттеуге арналғанын анықтадық.

Сондықтан жұқпалы аурулар стационарларының медицина мамандарының еңбек жағдайын, еңбек үрдісін мен денсаулық көрсеткіштерін гигиеналық тұрғыдан жан-жақты талдаудың әрі ғылыми зерттеу жүргізудің өзектілігі әлемде орын алған коронавирустық пандемия жағдайында ерекше болып отыр.

Зерттеу мақсаты: жұқпалы аурулар ауруханасы медициналық қызметкерлерінің еңбек және денсаулық жағдайын гигиеналық тұрғыдан бағалау.

Зерттеу міндеттері: 1) Жұқпалы аурулар ауруханасы бөлмелеріндегі ауа сапасын зерттеу.

2) Ауруханадағы медициналық қызметкерлердің еңбек үрдісін және кәсіби зиянды факторларды талдау.

3) Медицина қызметкерлерінің денсаулық жағдайын әлеуметтік-гигиеналық бағалау.

4) Аурухана бөлімшелерінде профилактикалық және эпидемияға қарсы шараларды жетілдіру.

Зерттеу нысаны: Шымкент қаласының жұқпалы аурулар ауруханасы

Зерттеу әдістері мен материалдары:

1. Аспаптармен гигиеналық зерттеу:

А) Аурухана бөлімшелерінде ауаның бактериологиялық жағдайын седиментациялық әдіспен зерттеу. Ә) Аурухана бөлмелерінің микроклиматтық жағдайын зерттеу. Б) Жұмыс ортасының кәсіби физикалық факторларын - шу, дiрiл, электромагниттік өріс, радиациялық сәулелерді зерттеу.

2. Хронометраждық зерттеу жүргізу.

3. Әлеуметтік-гигиеналық сауалнама жүргізу.

4. 2019-2021 жылғы статистикалық мәліметтер талданады.

Зерттеудің маңыздылығы: 1) Шымкент қаласының жұқпалы аурулар ауруханасы медицина қызметкерлерінің еңбек жағдайы, еңбек ету үрдісі пандемия кезінде гигиеналық тұрғыдан бағаланады; 2) Ғылыми зерттеу соңында алынған нәтижелер кафедраның оқу үрдісінде қолданылады.

Зерттеуден күтілетін нәтижелер: 1) Пандемия кезінде жұқпалы аурулар ауруханасында еңбек ететін медицина қызметкерлерінің денсаулығы мен еңбек жағдайы зерделенеді. 2) Медицина мамандарының еңбек ету мен денсаулық жағдайларын жақсарту шаралары ұсынылады. 3) Ғылыми зерттеу нәтижесі бойынша әдістемелік нұсқаулық жазылады.

Әдебиеттер

1. Mak W, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiat*. 2010;32:590–598. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.07.007
2. Recknor F, Gordon M, Coverdale J, Gardezi M, Nguyen PT. A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty Clinics. *Psychiatr Q*. 2020;91(1):1-10. doi:10.1007/s11126-019-09691-8
3. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19.- Москва. - 2020. - 46с.
4. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. Doi:10.3390/ijerph17051729
5. Benjamin Y.Q. Tan, Nicholas W.S. Chew, Grace K.H. Lee, MD et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers - 38 - in Singapore. *Ann Intern Med*. 2020 Apr 6 : M20-1083. Published online 2020 Apr 6. Doi: 10.7326/M20-1083
6. Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research* Volume 288, June 2020, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
7. «Ауыр жұмыстардың, еңбек жағдайлары зиянды және (немесе) қауіпті жұмыстардың тізбесін, жұмыс істеу жұмыс уақытының қысқартылған ұзақтығына, жыл сайынғы ақы төленетін қосымша еңбек демалысына және еңбекке ақы төлеудің жоғарылатылған мөлшеріне құқық беретін өндірістердің, цехтардың, кәсіптер мен лауазымдардың тізімін, сондай-ақ оларды беру қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1053 бұйрығы (09.12.2020 өзгерістермен).

ПАНДЕМИЯ КЕЗЕҢІНДЕ ШЕТЕЛ СТУДЕНТТЕРІНІҢ COVID-19 АУРУШАНДЫҒЫН БАҒАЛАУ

Бейсен Думан

«Қоғамдық денсаулық сақтау» 3 курс, Шымкент, Қазақстан
Ғылыми жетекшілер: м.ғ.к., Утепов П.Д., м.ғ.м. Байконсова Л.О.

Қытайдың Хубэй(Hubei Province of China) провинциясының астанасы Ухань(Wuhan City) қаласында этиологиясы белгісіз пневмонияның өршуі туралы ресми ақпарат алғаш рет 2019 жылдың 31 желтоқсанында ДДҰ-ның Қытайдағы өкілдігінде айтылды[1]. 2020 жылдың 11 ақпанында жаңа коронавирустық инфекция COVID-2019 (Corona Virus Disease 2019, коронавирустық ауру 2019) деп аталды, ал оны тудыратын вирус SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, екінші ауыр жедел респираторлық синдром) деп өзгертілді[2].

2020 жылдың наурыз айынан бастап пандемияға айналған жаңа коронавирустық инфекция (COVID-19) бүкіл әлем бойынша күшейтілген алдын алу және емдеу шараларына қарамастан, жоғары қарқынмен таралуда. Вакцинация COVID-19-мен күресудің ең тиімді әдістерінің бірі болып саналады. Қазірдің өзінде әртүрлі өндірушілердің бірқатар вакциналары бар және халықты вакцинациялау бойынша белсенді науқан жүргізілуде[3].

Жұмыстың мақсаты: Шетел студенттерінің жаңа коронавирустық инфекция (COVID-19) аурушандығын талдау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: АҚ «ОҚМА» Халықаралық факультет деканатынан алынған мәліметтеріне, студенттер емханасында 2021 1 қараша күні міндетті медициналық қарап-тексеруден өткен мәліметтеріне талдау жасалынды. Сонымен қатар, АҚ «ОҚМА» Халықаралық факультетінің «Жалпы медицина» мамандығының шетел 3 курс студенттері арасында сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға 229 студент, оның 153 ер, 76 қыз бала қатысты. Сауалнама анонимді, ерікті түрде 15 сұрақтан және жауап нұсқалары ұсынылған сауалнамалар арқылы өткізілді.

Нәтижелер және талқылау: Біздермен жүргізілген зерттеулерде, «Жалпы медицина» мамандығының 3 курсында 229 студент білім алуға, оның 153 ер, 76 қыз бала. Сауалнамаға қатысушылардың жасы 18 бен 30 жас аралығында болып, орта жас мөлшері 21 жасты құрайды. Пандемия жағдайына байланысты еліміздегі барлық ЖОО 2020 жылдың наурыз айының бастап, «онлайн» форматта сабақ жүргізе бастады. Соның ішінде АҚ «ОҚМА» студенттерінде онлайн форматқа ауысты. Алайда, 2021 жылдың наурыз айынан бастап, таңдамалы мамандықтың, курстың студенттері аралас оқу форматына(дәстүрлі және қашықтықтан оқыту) көшті. Оның ішінде, шетел студенттері 2021 жылдың қазан айынан бастап оффлайн форматқа ауысты. Жалпы Үндістан елінен келіп оқитын шетел студенттері 10, 17, 19 қазан аралығында, басым бөлігі, яғни 61,5% 19 қазан күні Шымкентке келді Шетел студенттері Шымкентке келген бойда, коронавирусқа арналған ПЦР-тесттің тапсырды. Студенттер арасында оң нәтиже тіркелгендер жоқ. ПЦР-тест нәтижесі теріс болған студенттер АҚ «ОҚМА» ережесіне сәйкес жеке оқшаулауда болып, 3 күннен кейін оффлайн форматта білім алуға жіберілді. Үндістан елінен келген шетел студенттері 20 қарашадан бастан оффлайн форматта сабақ өте бастады.

Біздің тарапымыздан жүргізілген сауалнама нәтижесінде, пандемия уақытында SARS-CoV-2 жұқпасымен ауырған 3 курс студенттер саны 12 құрады, бұл жалпы студенттердің 5,2% берді. Оның 50% - Раджастан, 16,6% - Уттар Прадеш , 25% - Андра Прадеш, 8,3 - Харяна штаттарынан.

Жалпы алғанда, Индия мемлекетінің 15 штатынан келген студенттер білім алуға. Оның 36,7% Раджастан, 17,9% Андра Прадеш, 11,9% Керала, 7,6% Харяна штаттарынан болса, ал 6,8% Манипур, 4,2% Уттар Прадеш, 2,5% Телангана, қалған бөлігі Ассам, Аруначал Прадеш, Дели, Мадхья Прадеш, Махараштра, Уттараканд штаттарынан келген білім алушылар.

COVID-19 және оның асқынуларының алдын алудың ең тиімді жолы – ол вакцинация. Жаңа коронавирусқа қарсы вакциналардың жаппай қолданылуы халықтың иммунитетін құруға және халықты инфекциядан қорғауға көмектеседі. Осы орайда, Үндістан елінен келген студенттердің барлығы жаппай COVID -19-ға қарсы екпенің екі компонентін қабылдағандығын айта кеткен жөн. Сауалнама нәтижесінде, Халықаралық факультетінің 3 курс шетел студенттерінің 95,7% Индияда өндірілген «Covishield» вакцинасын қабылдаса, 4,3% «Covaxin»(Өндіруші мемлекет Индия) вакцинаны алғандығы белгілі болды. Айта кетсек, вакцинаның екі компоненттің қабылдағаннан кейін шетел студенттерінің арасында COVID -19 аурушандығы тіркелмеген. Бұл дегеніміз, Индияда өндірілген вакциналардың тиімділігінің жоғары екендігін көруімізге болады. 2021 жылдың 30 қарашасындағы мәліметке сүйенсек, Индия халқының арасында I-ші компонентті қабылдағандар 57% құраса, ал вакцинаның екі компонентін қабылдағандар 32,4% құрады[4].

«Covishield» вакцинасы 18 жастан асқан адамдарды коронавирус ауруына қарсы белсенді иммундау үшін жасалған. Тиімділігі мен қауіпсіздігі туралы деректер қазіргі уақытта 65 жастан асқан адамдар үшін шектеулі. Вакцинация курсы екі бөлек компоненттен тұрады - әрқайсысы 0,5 мл. Екінші компонентті бірінші компонентті қабылдағаннан 4-6 аптадан кейін енгізу ұсынылған. «Covishield» вакцинасының бірінші

компонентін алған адамдарға сол вакцинаны қабылдауды жалғастыру ұсынылады. Препарат тек бұлшықет ішіне, дәлірек айтсақ дельта тәрізді бұлшықетке енгізуге арналған.

«Covaxin» вакцинасы мерзімінен бірнеше ай бұрын, 2021 жылдың ақпанында пайдалануға берілген. Бастапқыда вакцина пациенттерге 2021 жылдың екінші тоқсанында жетеді деп болжам жасалынған. «Covaxin» - Бхарат жасап шыққан үш COVID-19 қарсы вакциналардың бірі. Қалған екеуі Томас Джефферсон университетімен және Висконсин-Мэдисон университетімен бірлесіп әзірленген. Вакцина 0,5 мл-де бірінші компонентін алғаннан кейін 28 күннен 60 күн аралығында енгізіледі.

Индиядан келген 3 курс шетел студенттері 2021 жылдың 1-ші қараша күні міндетті медициналық қарап-тексеруден өткен болатын. Студенттер ҚР ДСМ 2020 жылғы 15 қазандағы № 131 бұйрығына сәйкес аталған зертханалық және функционалдық зерттеулерден өтті: флюорография, гельминт жұмыртқаларына, мерезге, дизентерия; сальмонеллез; іш сүзегі; А және В паратифтері, патогенді стафилококк қоздырғыштарын тасымалдаушылыққа, АИТВ-ға зерттеп-қарау, В вирустық гепатиті мен С вирустық гепатитінің маркерлеріне. Студенттердің жеке медициналық кітапшасын талдау барысында, міндетті медициналық тексерудің нәтижесінде 3 курс шетел студенттерінің зертханалық және функционалдық зерттеулерінің нәтижесінде, жалпы студенттедің 1,7% В вирустық гепатиті маркеріне оң нәтиже анықталған. Қалған зерттеулерде оң нәтиже тіркелмегендігі белгілі болды.

Қорытынды: Қорытындылай келе, Индия елінен келген 3 курс шетел студенттері 2021-2022 оқу жылын сәтті бастады. Денсаулық көрсеткіштеріне байланысты сабақты тоқтатуға, оқуды онлайн форматқа ауыстыруға ешқандай себептер болған жоқ. АҚ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясына оқуын жалғастыруға келген шетел студенттерінің дерлік барлығы COVID -19-ға қарсы екпенің екі компонентін алғанын байқауға болады. Сондай-ақ, пандемия кезеңінде шетел студенттері арасында COVID-19 ауруының тіркелу дәрежесінің төмендігін көреміз.

Әдебиеттер

1. Wuhan Municipal Health Commission briefing on the pneumonia epidemic situation. 31 December 2019 (in Mandarin). <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>
2. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. В. И. Петров 1, 2, А. С. Герасименко 1, В. С. Горбатенко 1, О. В. Шаталова 1, А. В. Пономарева
Эффективность и безопасность вакцин для профилактики covid-19
4. <https://gogov.ru/covid-v-stats/indiya>

EVALUATION OF DAILY DIET AND ENERGY CONSUMPTION OF FOREIGN STUDENTS DURING PANDEMIC PERIOD

Leishangthem Tonyblair

«General medicine» 3 course, Shymkent, The Republic of Kazakhstan
Scientific advisers: c.m.s., Uteпов P.D., master of medicine Baikonsova L.O.

The health of the population largely depends on the structure of nutrition, knowledge and adherence to the rules of a balanced diet. It is known that the nutritional factor plays a key role in the prevention of not only various diseases, but also health disorders in conditions of self-isolation and quarantine[1]. The recent increase in morbidity among students is largely due to the deterioration of the socio-economic situation, which does not allow providing a part of this population group with high-quality and balanced nutrition[2].

As a result of insufficient motor activity in the body, neuro-reflex connections are disrupted, which leads to a disorder in the regulation of the activity of the cardiovascular, respiratory and other systems of the body, metabolic disorders and the development of degenerative diseases (atherosclerosis, etc.). The volume and intensity of physical activity is influenced by many factors, such as: the level of health, socio-economic situation, material and technical support, weather and climatic conditions and much more. Any movement and vital activity of the human body is interconnected with the costs and replenishment of energy resources spent on these actions[3].

Methods and structure of the study. We have analyzed the food rations and energy consumption of 117 boys and girls, 3 students studying at the international medical faculty of the South Kazakhstan Medical Academy, studied the content of basic nutrients, as well as vitamins, macro- and microelements.

The study involved 64 boys and 53 girls aged 19 to 26 years. To find out the actual nutrition of students, the method of evaluating the amount of food consumed during 5 days (without including the day off) was used by the subjects themselves. In a specially designed questionnaire, each subject wrote down what food he ate, estimated its amount in household measures of weight or volume, and then converted it into grams or milliliters. The information obtained has been processed statistically. The study took into account all possible types of physical activity in which energy was expended during the day: study; recreation; dream; physical education and sports, etc.

Results and discussion. The rhythm of student life does not always allow for a balanced diet. When assessing the diet of students, the following results were obtained: only 36% of the respondents eat at least three times a day, the majority of students (55%) have a frequency of at least two times, and 9% of respondents indicated one meal. Moreover, for the majority of respondents, the main meal in terms of volume and calorie content is in the evening.

Next, we found out the presence of basic essential foods in the weekly diet. Based on the survey results, we found that the majority of students include fresh vegetables and fruits in their diet daily or at least 3-4 times a week. When analyzing the frequency of consumption of dairy products, it was found: 1% of students do not include this group of products in the diet at all; extremely rare - 20%; 3-4 times a week –55% of respondents; and daily - 24%. Among the dairy products named, the most popular are milk (89% of students gave this answer), kefir, cottage cheese. According to the results of the survey, it was revealed that about 56% of students have no animal meat in their weekly diet. Only 19% of the respondents consume meat products every day. Quite often, poultry meat appears in the diet of students, namely chicken. It is extremely rare for students to consume fish and seafood, only 3.5% of respondents indicated the presence of this group of products in their weekly diet. 12% do not eat fish, and they do, but «extremely rarely» - 82%. In the diet of students, flour products in various forms are quite often found. 78.2% had a daily presence of this group of products, 20.6% had flour products 3-4 times a week. 1.2% of the respondents completely exclude flour products from their diet.

Analysis of the content of basic nutrients in actual diets revealed a pronounced deficiency of fats and protein (table 1), while the average values of carbohydrate consumption corresponded to the recommended standards. There was a deficit in the consumption of certain nutrients: protein - 21.2%, fat - 53%, carbohydrates - 23.1%. 13% of the energy value was satisfied due to proteins, due to fats - 20%, carbohydrates - 67%.

Table 1. Average supply of proteins, fats and carbohydrates of students' food rations

Index	girls	boys
Proteins, g	59,1	75
Fat, g	39,08	83
Carbohydrates, g	281	365
Calorie content, kcal	1757,8	2500

However, when comparing the obtained results with the recommended norms of physiological requirements (RNP) in nutrients and energy of various groups of the population of the country, individual variability in the consumption of proteins, fats and carbohydrates was revealed.

Table 2. Average provision with vitamins of students' diets, mg

Vitamin content	Actual content in the daily diet	Physiological norms
A	0,7±	1,0
B1	1,6	1,5/
B2	0,2	1,8
E	6,2	10
PP	14,7	20
C	42,9	70

Table 3. Average provision of the diet of students with macro- and microelements, mg

Element	Actual content in the daily diet	Physiological norms
Ca	734,1±5,2	1000
P	870,6±6,3	1000
Fe	14,3±1,5	14

When determining the content of macro and microelements in the diet of students, the following data were obtained. The average calcium content was about 1.3 times less than the recommended one. The content of iron in the diets exceeded the recommended values, and phosphorus - slightly differed from the recommended norms of the physiological need.

After processing the results obtained, the average data on the energy consumption of students during the day and their replenishment were obtained. Comparative analysis revealed that the highest energy consumption both on school days and on weekends are typical for girls. It should be noted that almost all the girls showed a noticeable deficiency in energy expenditure during the day, since the norm that ensures the full vital activity of the body is 2880–3840 kcal.

Girls, both on school days and on weekends, consume less kcal than they spend during the day. Negative tendencies were also revealed when analyzing data on energy consumption in young men. Students burn more calories during the day. This trend is observed both on weekends and on school days. All young men showed an excess of energy consumption over the replenishment of energy with food. To the already noted nutritional problems of students, it should be added that young men may eat worse due to the fact that they do not know how to cook a variety of foods. Evaluation of the diet of students revealed a number of facts that indicate serious problems in this area.

Conclusion. A deficiency in the content of basic nutrients, as well as many vitamins and minerals, is characteristic of the diets of foreign students studying at the medical faculty of the South Kazakhstan Medical Academy, in connection with which it is necessary to monitor the nutritional status of this category of student youth. The identified deficiencies and imbalances can be eliminated through the normalization of food rations in educational institutions, including fortification with vitamins and minerals of consumer foods available to foreign students and regularly used by them in their daily diet. This will certainly help to improve their mental and physical performance during the school year. The negative impact of the COVID-19 pandemic on the level of physical activity of student youth was revealed. Participants in the study reported a decrease in physical activity by an average of more than 1000 minutes per week during the pandemic. The most negative impact of the COVID-19 pandemic is on those students who were most physically active before the onset of the pandemic.

Thus, our research has shown that students are characterized by insufficient physical activity. In connection with the wrong daily routine, students develop an imbalance in metabolic processes in the body.

References:

1. Павлов Н.Н., Клещина Ю.В., Елисеев Ю.Ю. Оценка фактического питания и пищевого статуса современных детей и подростков. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье" 2011; (1):128-132.
2. Impact of COVID-19 pandemic on university students' physical activity levels: An early systematic review / A. Lopez-Valenciano, D. Suarez-Iglesias, M. Sanchez-Lastra,
3. Горелов А.А. Технология регулирования двигательной активности студентов в процессе повседневной и образовательной деятельности / А.А. Горелов, В.Л. Кондаков, А.Н. Усатов // Вестник спортивной науки: научно-теоретический журнал / ВНИИФК. –2010. – № 5. – С. 47-49.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКАНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖӘНЕ КЕДЕРГІЛЕРІ, КӨЗҚАРАС:ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

М.М.Дүйсенбаева¹, М.О.Затыбекова², Е.М.Пернебеков³

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы

«Гигиена және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы, merukash@list.ru

*«Гигиена және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы, moldir.zatybekova@bk.ru
Медицина факультеті, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығының IV курс студенті,
pernebekov.elhan@gmail.com*

Сандық технологиялардың қазіргі қарқынды дамып келе жатқан әлемінде бұқаралық ақпарат құралдары адамға үлкен әсер етеді. Вакцинацияның дамуымен көптеген инфекциялар екпемен басқарылып, таралу деңгейлері біршама төмендеген. Бірақ соңғы онжылдықтарда интернетте үгіт-насихат жұмыстарын белсенді түрде дамытып келе жатқан вакцинацияға қарсы қозғалыс қарқын алуда, тіпті кейбір шоу-бизнес өкілдері міндетті вакцинацияға қарсы, бұл сөзсіз өз кезегінде қоғамдық пікірге теріс әсер етеді [1]. Вакцинация туралы дәлелсіз теріс пікірдегі мақалаларды азайту бойынша ұсыныстардың бірі – ғаламторда вакцинация туралы жалған ақпаратты анықтау үшін автоматтандырылған бағдарлама құру болды [2].

Соңғы жылдары вакциналарды қолдануға қатысты белгісіздік құбылысы уақыт өте келе әлемнің барлық елдерінде үнемі бақылауды қажет ететін күрделі мәселе болып табылады. Көп мәселе БАҚ-та және әлеуметтік желілерде жарық көретін жалған ақпараттарға байланысты. 2019 жылдың өзінде Италия азаматтарының 42,8 %-ы вакциналар туралы ақпарат алу үшін ғаламторды пайдаланған. Вакцинация мен аутизм немесе басқа да ауыр жанама әсерлер арасындағы мүмкін байланыс туралы ақпаратты қамтитын 560 YouTube бейнероликтерін талдау көрсеткендей, көптеген бейнероликтер соңғы екі жылда жүктелген кезде теріс пікірге ие болды. Бұл деректер мемлекеттік мекемелер азаматтарға негізделген шешімдерді қабылдауға мүмкіндік беру үшін вакцинация туралы қоғамдық сұрақтарға жан-жақты жауап беретін сенімді ақпарат беретін веб-құрылымдарды құруға белсенді қатысуы керек екендігін негіздейді [3].

Ұлыбритания ғалымдары 2019 жылы 144 елден 10380 вакцинация туралы материалдарға контент-талдау жүргізді. Вакцинация туралы барлық ақпараттың шамамен 1/3 (31%) вакцинацияға теріс қатынасты қамтиды. Вакцинацияға теріс көзқарасы бар 3209 материалдың 24% - ы вакцинация бағдарламаларымен

және аурудың өршуімен; 21% - ы вакцинацияның теріс сенімдері мен қабылдануымен, 16% - ы вакциналардың қауіпсіздігімен және 16-сы% - вакцинаны жеткізу бағдарламаларымен байланысты [4].

Қытайда 2014 жылғы желтоқсанда балалар өлімінің он жеті жағдайы және В гепатитіне қарсы вакцинациядан кейін анафилактикалық шоктың бір жағдайы туралы БАҚ-қа хабарлағаннан кейін, вакцинацияға деген сенім деңгейі респонденттерде 85-тен 27% -ға дейін төмендеген, ал вакцинациямен қамту көрсеткіші 18,6% - ға төмендеді, дегенмен, жүргізілген талдау теріс нәтижелердің вакцинациямен байланысының жоқтығын көрсетті [5].

Австралиялық ғалымдардың 2007-2009 жылдар аралығында әйелдердің жатыр мойны обырын скринингке қатысуға деген көзқарасына БАҚ-тың әсері туралы зерттеуі вакцинация және скринингтен өту қажеттілігі туралы нақты және тиімді ақпараты бар теледидардың жақсы дайындалған және мұқият тексерілген жарнамалық науқаны вакцинация көрсеткіштеріне оң әсер еткенін көрсетті [6].

АҚШ-та қызылша, қызамық және паротитке қарсы вакцинаның балалардағы аутизмнің дамуымен байланысы туралы 281 газет мақалалары талданды. Авторлар бұқаралық ақпарат құралдарының жаңалықтары вакцинацияны қолдануға қатысты оң қоғамдық пікір қалыптастыруда маңызды рөл атқарады деген қорытындыға келді [7].

Канадалық ғалымдардың зерттеуі ғаламтордағы вакциналар туралы ақпаратты табу мен ата-аналардың балалардың жұқпалы ауруларға шалдығу қаупін қабылдауы арасындағы байланысты зерттеуге тырысты. Ол үшін талдау екі үлгіде жүргізілді: Facebook арқылы іріктеліп алынған ата-аналар арасында (n=966) және кездейсоқ сандық іріктеліп алынған ата-аналар арасында (n=951). Кіріс деңгейін, ғаламтордың сенімділігін, ата-ананың жасын және аймақты түзеткеннен кейін, ғаламторды пайдаланбаған ата-аналармен салыстырғанда ғаламторды вакцинацияны іздеу үшін пайдаланған ата-аналар үшін вакциналардың қауіпсіздігі 1,6 есе жоғары болған(95% СМ 1.3-2.1). Нәтижелер ғаламтор канадалық ата-аналардың вакцинация қаупін теріс қабылдауымен тікелей байланысты екенін көрсетеді [8].

2014-2015 жылдары Еуропа, Ресей және ТМД елдерінің көпшілігінде қызылшамен сырқаттанушылық тіркелген. Қазақстанда осы кезеңде қызылшаның 573 жағдайына диагноз қойылған. ДДҰ ұсынысы бойынша 2015 жылдың ақпан айында ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі жасөспірімдерді қызылшаға қарсы вакцинациялау науқанын бастады. БАҚ-та вакцинацияның асқынулары туралы ақпарат пайда болғаннан кейін екпелерді жүргізу тоқтатылды және осы мәселені зерттеу үшін комиссия құрылды. Егуден кейінгі жағымсыз әсерлерге қатысты 399 шағымның 80% - ы теріс ақпаратқа жауап ретінде психозомоционалдық реакцияларға байланысты екені белгілі болды, бұл ҚР халқының БАҚ-қа деген сенімінің жоғары деңгейін көрсетеді [8].

Түркияда вакцинация міндетті болып табылады, ал балаларға вакцинация ата-аналардың пікірін ескерусіз жасалады, вакцинацияның барлық кезеңдерінде билік қатаң есеп жүргізеді. Италияда, "Лоренцини Заңына" сәйкес, егер сіздің балаңызда қажетті егулердің барлық тізімі туралы анықтама болмаса, ол мемлекеттік немесе жеке болсын, кез-келген балабақшаға немесе мектепке бара алмайды. Сонымен қатар, негізделген медициналық себептері болмаса, ата-аналарға балаларды вакцинациялаудан бас тартуға тыйым салынады. Егер сіз балаңызға уақытында екпе жасатпаған болсаңыз, онда сізге 500 еуро айыппұл төлеуге тура келеді. Францияда да балаларды вакцинациялау міндетті болып табылады. 2018 жылдың 1 қаңтарына дейін тек үш вакцинация міндетті болса - полиомиелитке, дифтерияға және сіреспеге қарсы, содан кейін оларға тағы сегіз, соның ішінде көк жөтелге, қызылшаға, В гепатитіне, қызамыққа және т.б. вакциналар қосылды. Ал қазіргі таңда, вакцинация туралы жаңа Заңға сәйкес, балалар ұлттық күнтізбеде көрсетілген барлық 11 міндетті егуді қабылдауы тиіс, әйтпесе олар бірде-бір балабақшаға немесе мектепке қабылданбайды. АҚШ-та да балаларды вакцинациялау міндетті болып табылады. Кейбір штаттарда діни немесе дүниетанымдық себептермен вакцинациядан бас тарту мүмкіндігі бар, бірақ бұл жағдайда сіздің балаңызға мектептер мен балабақшаларға барудан бас тартылуы мүмкін. Австралияда жағдай одан да қатал, онда барлық мектеп пен мектепке дейінгі білім беру мекемелеріне балалар жоспарға сәйкес егулердің толық тізімін алғаннан кейін ғана бара алады. Сонымен қатар, Жасыл континентте вакцинамен қамтылу деңгейін жоғарылату үшін, 2016 жылы "вакцинациясыз балаға әлеуметтік көмек жоқ" бағдарламасы қабылданды. Осы бағдарламаға сәйкес, табысы төмен азаматтар вакцинация күнтізбесі бойынша барлық жоспарланған вакциналарды алған жағдайда, отбасына қосымша салық жеңілдіктері мен балаларына әлеуметтік көмек беріледі. Көршілес Ресейде вакцинация күнтізбесіне сәйкес міндетті вакцинацияға РФ барлық азаматтары жатады. 12 жұқпалы аурудың алдын алу жүргізіледі: В гепатиті, дифтерия, көкжөтел, қызылша, эпидемиялық паротит, сіреспе, полиомиелит, қызамық, туберкулез, пневмококк инфекциясы, гемофильдік инфекция (қауіп тобындағы балалар үшін) және тұмау[9].

Қазақстанда республикалық бюджет есебінен В вирустық гепатитіне, В типті гемофильді инфекцияға, дифтерияға, көкжөтелге, қызылшаға, қызамыққа, пневмококкты инфекцияға, полиомиелитке, сіреспеге, туберкулезге және эпидемиялық паротитке қарсы жоспарлы профилактикалық егулер жүргізіледі.

Халықты иммундау жасына сәйкес жүзеге асырылады: өмірдің бірінші – төртінші күнінде, екі, үш, төрт айда, 12-15 айда, бір жарым жас, алты жас, 16 жас және одан әрі әрбір он жыл сайын.

Жоғарыда аталған ауруларға қарсы вакцинация міндетті болып табылады, бірақ екпе балаға жүргізілетін болса, оның ата-анасының ақпараттандырылған келісімімен ғана жүзеге асырылады [10].

Біздің елімізде профилактикалық егуден бас тарту мәселесі әлі де өзекті екендігін Денсаулық сақтау министрі Алексей Цой айтып өткен болатын. Ағымдағы жылдың қазан айында Мәжілістегі Үкімет сағатында баяндама жасай отырып, Алексей Цой соңғы сегіз жыл ішінде 24976 қазақстандық түрлі ауруларға қарсы жоспарлы вакцинациядан өтуден бас тартқандықтарын баяндады. Ағымдағы жылдың бірінші жартыжылдығында 3417 адам егуден бас тартқан.

Егер бұрын вакцинацияға қарсылықтың негізгі себебі - діни көзқарастар болса, қазіргі кезде олардың пікіріне БАҚ пен әлеуметтік желілер әсер етеді. Бұл күндері вакцинация қауіпті және аутизмді немесе басқа ауруларды тудыруы мүмкін деп сенетін адамдар бар.

ВВС мәліметтеріне сүйенсек, Қазақстанда халықтың жалпы санының шамамен 4% - ы вакцинациялаудың тиімділігіне сенбейтін антиваксерлер бар. Сонымен қатар, халықтың 10% - ы вакцинация баланың денсаулығына қауіп төндіруі мүмкін деп санайды. Вакцинация туралы теріс және жалған ақпарат көп болған жағдайда, адамдардың вакцинацияға деген сенімсіздігі жоғарылайды, - делінген ВВС мәліметтерінде.

Қазіргі таңда, ғылыми және медициналық қауымдастықта байланыстың әлсіз болуы немесе жеткіліксіздігі вакцинацияның сенімсіздігіне әсер ететін шешуші фактор болып табылатындығы туралы белсенді талқылау жүргізілуде. Әлеуметтік желі - қазіргі уақытта инфекциялық ауруларға қарсы профилактикалық медицина саласындағы негізгі байланыс арналары болып табылады. Ғаламторда орналастырылған жаңа бейнероликтер желі қолданушыларының назарын аударады, алайда бұл бейнероликтердің көпшілігін осы саланың маманы емес адамдар жасайды және жүктейді, ал ұсынылған ақпарат ғылыми деректерден айтарлықтай өзгеше болуы мүмкін. Әлеуметтік желілер инфекциялық ауруларға қатысты қажетсіз алаңдаушылықты күшейте алады. Сондықтан бұқаралық ақпарат құралдарына қатысты жаңа стратегияларды дайындау және қабылдау арқылы, халыққа, инфекциялық аурулар қауіпі бар топтарға және сарапшыларға арналған денсаулық сақтау саласындағы жеке ағарту жүйесін құру қажет.

Әдебиеттер

1. Marchewka A.K, Majewska A, Mlynarczyk G. The activity of antivaccine movement, role of the mass media and influence of religious beliefs on the attitude towards immunization // Postepy Mikrobiologii. - 2015. - Vol.54, №2.
2. Fadda M., Allam A., Schulz P.J. Arguments and sources on Italian online forums on childhood vaccinations: Results of a content analysis // Vaccine. - 2015. - Vol.33, №51. - P.7152-7159.
3. Donzelli G., Palomba G., Federigi I., Aquino F., Cioni L., Verani M., Carducci A., Lopalco P. Misinformation on vaccination: a quantitative analysis of YouTube videos // Hum Vaccin Immunother. - 2018. - Vol.19. - P.1-18.
4. Larson H.J., Smith D.M., Paterson P., Cumming M., Eckersberger E., Freifeld C.C., Ghinai I., Jarrett C., Paushter L., Brownstein J.S., Madoff L.C., Measuring vaccine confidence: analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines // The Lancet infectious diseases. - 2013. - Vol. 13(7). - P. 606-613.
5. Zuzaka T. J., Zuzak-Siegrista I., Ristb L., Staublia G., Simões-Wüstb A. P. Attitudes towards vaccination: users of complementary and alternative medicine versus non-users // Swiss Med Wkly. - 2008. - Vol.138, №47-48. - P.713-718.
6. Mullins R., Coomber K., Broun K., Wakefield M. Promoting cervical screening after introduction of the human papillomavirus vaccine: the effect of repeated mass media campaigns // Journal of medical screening. - 2013. - Vol. 20 (1).
7. Colgrove J., Bayer R. Could It Happen Here? Vaccine Risk Controversies And The Specter Of Derailment // Health Affairs. - 2005. - Vol.24, №3. - P. 729-739.
8. Фельдблюм И.В. Вакцинопрофилактика: теория и практика // Медицина в Кузбассе. - 2013. - Т. 12, № 2. - С 21-25.
9. <https://www.kp.kz/daily/27132.3/4220396/> Прививаться нельзя отказаться - КР.Кз.
10. <https://yk-news.kz/news/В-ВКО-из-года-в-год-сотни-родителей-подписывают-отказ-от-плановой-вакцинации-своих-детей.>

ВАКЦИНАЦИЯ: АТА-АНАЛАРДЫҢ КӨЗҚАРАСЫ

Б.Д.Унгаров¹, М.М.Дүйсенбаева²

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы
 Медицина факультеті, «Жалпы медицина» мамандығының III курс студенті
 «Гигиена және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы, terukash@list.ru

Өзектілігі. Вакцинопрофилактика - дамыған және дамушы елдер халқының барлық әлеуметтік топтарындағы инфекциялық ауруларды бақылаудың неғұрлым қолжетімді және экономикалық тиімді құралы. Бұрын жаппай вакцинациялаудың мақсаты балалардың инфекциялық аурулармен сырқаттанушылығын төмендету және олардың салдарынан болатын өлімді азайту болса, қазіргі уақытта қол жеткізілген эпидемиялық салауаттылықты сақтау болып табылады[1]. ДДҰ-ның пікірінше, қазіргі уақытта иммундау жылына шамамен 2-ден 3 миллионға дейін өлімнің алдын-алуға мүмкіндік береді [2]. Жиі ауыратын балаларда вакцинациядан бас тартудың себебі ата-аналардың вакцинацияға деген теріс көзқарасы болып табылады. 2020 жылдың қорытындысы бойынша вакцинациямен қамтудың тиісті шамасына қол жеткізілмегендігін айтып өткен жөн Көрсеткіштің төмен болуы Коронавирус пандемиясының әсерінен 2020 жылғы наурыздан мамырға дейін төтенше жағдай режимін енгізумен байланыстыруға болады. Биыл өңірлерде жоспарлы контингентті иммундаумен қамту, сондай-ақ өткен жылы вакцинацияны өткізіп алған адамдарды вакцинациялау жұмыстары жүргізілуде. 2013 жылдан бастап қазіргі уақытқа дейін вакцинамен қамтылатындардың қатарынан 24 976 адам профилактикалық егуден бас тартты, олардың 58% – жеке сенімдері бойынша, 23,2% – діни сенімдері бойынша, 12,8% – вакциналарға сенімсіздіктен, 6% – БАҚ-тағы теріс ақпарат нәтижесі бойынша. Ағымдағы жылдың бірінші жартыжылдығында вакцинациядан бас тартудың 3417 жағдайы тіркелген[2].

.Халықтың вакцинацияға деген теріс көзқарасы көбінесе бұқаралық ақпарат құралдарында мақсатты тақырыптық медициналық-әлеуметтік жарнаманың болмауына және санитариялық ағарту жұмысының жеткіліксіздігіне байланысты екенін атап өткен жөн [3].

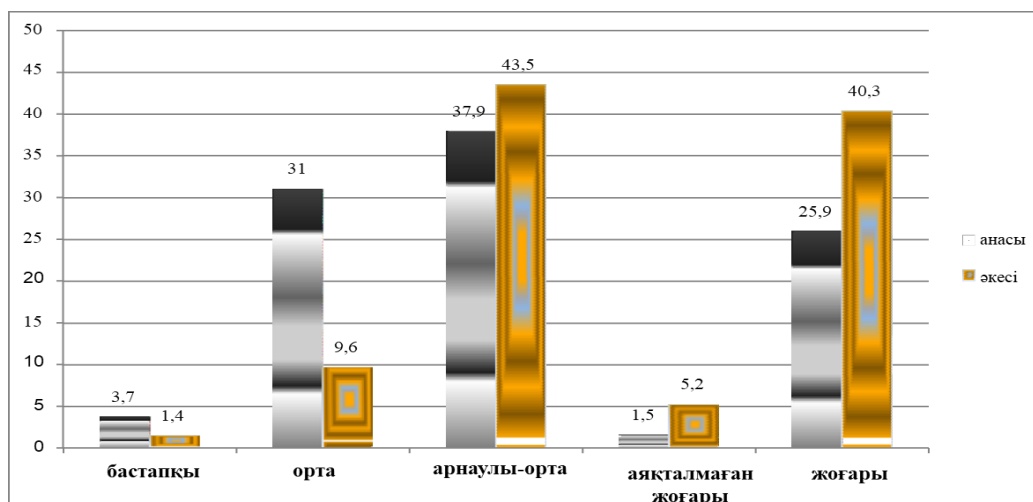
Мақсаты: ата-аналардың вакцинация туралы және егуден бас тартудың ықтимал салдары туралы пікірлері мен білімдерін анықтау, иммундау туралы ақпарат алудың барынша қолжетімді әдістерін анықтау.

Міндеттері: 1. Вакцинацияға көзқарасты және вакцинациядан бас тарту себептерін талдау. 2. Вакцинопрофилактика туралы ақпарат алудың ең танымал әдістерін анықтау.

Материал және әдістер. Балаларды вакцинациялаудан бас тарту қауіп факторларын зерттеу үшін 18 жастан 44 жасқа дейінгі 3 жасқа дейінгі балалардың 150 ата-анасы қатысты. Зерттеуге қатысқан балалардың орташа жасы - $17,16 \pm 17,59$ айды құрады. Балалардың көпшілігі қыздар болды ($n=52$ – 78%).

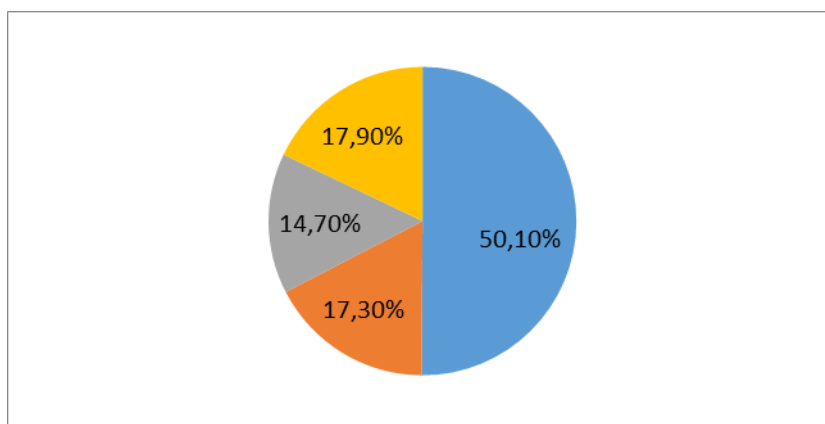
Нәтижелер және оларды талқылау. Сауалнамаға қатысқандардың ішінде қала тұрғындары 60% ($n=90$), ауыл тұрғындары – 40% ($n=60$) құрайды. Респонденттер олардың тұратын жерінен емханаға дейінгі орташа қашықтық 3,25 км, ал қабылдау кезегінде күту уақыты – 17 минут екенін атап көрсеткен. Мектепке дейінгі балалар мекемелеріне балалардың аз бөлігі барады – 20% ($n=30$).

Қазіргі заманда вакцинациялаудан бас тартуы аясында вакцинациялауға сенімі туралы сұрақтардың маңыздылығы артуда және тұрғындардың вакциналау туралы ақпарат көзін алу туралы білімі, әрине, санитариялық ағарту жұмысына әсер етуі мүмкін. Респонденттердің білім деңгейлерінің сипаттамасы 1-суретте көрсетілген.



Сурет 1- Респонденттердің білім деңгейі бойынша бөлінуі

1-суреттен көріп отырғанымыздай, респонденттердің көпшілігі, әкелердің 43,5% - ы және аналардың 37,9% - ы орта-арнаулы білімі болған. Респонденттердің аз бөлігі бастауыш (1,4% әкелер және 3,7% аналар) немесе аяқталмаған жоғары білімі (5,2% әкелер және 1,5% аналар) болған.



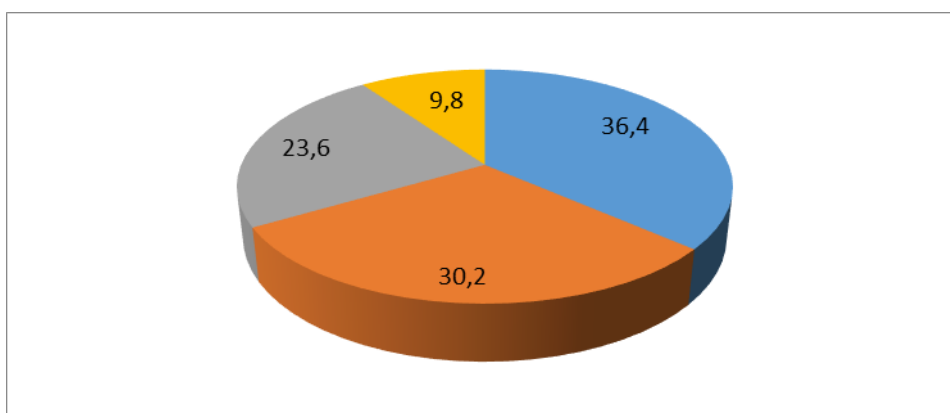
Сурет 2 – Вакцинадан бас тарту көрсеткіші

Ата-аналардың сауалнамаларын талдау негізінде сұралғандардың 88%-ы балаларды вакцинациялауға оң пікір, 12% - ы теріс пікір білдірді. Егуден бас тарту себептерінен 1-ші орында жанама әсерлер, вакцинациядан кейінгі асқынулардан қорқу (50,1%), 2-ші орында - "екпелер иммундық жүйені қорғамайды" (17,3%) деген пікір және егудің өзіндік теріс тәжірибесі (14,7%), 3-ші орында - "егілмеген балалар дені сау" (17,9%) деген пікірлер болды (2-сурет).

"Вакцинацияның асқынуы" ұғымын түсіну кезінде ата-аналардың 24,6%-ы бұл терминді түсінбейтіні анықталды. Ата - аналардың 22,5%-ы "вакцинацияның асқынуы" баланың жалпы жағдайының нашарлауы (әлсіздік, ұйқышылдық, летаргия және т.б.) деп санайды. Ата-аналардың 17,8% - ы вакцинацияның асқынуы вакцинаның жанама әсерлері болуы мүмкін деп санайды, ал 15,6%-ы температураның жоғарылауы, дақтар және аллергия орын алады деп санайды. 11,1%-ы вакцинация қызба, әлсіздік, құрысулар, салдануға әкелуі мүмкін деп санайды, ал ата-аналардың 4,7% - ы вакцинациядан кейін ауру пайда болады деп ойлайды. 3,7% ата-аналар жауап беруге қиналған.

Вакцина туралы ақпарат алу әдістерін талдай келе, ата-аналар егу туралы мәліметтерді учаскелік педиатрдан – 36,4%, интернет – форумдар мен медициналық сайттардан – 30,2%, БАҚ-тан (газеттердегі, журналдардағы мақалалар, радио, теледидардағы хабарлар) - 23,6%, үгіт-насихаттың әртүрлі көрнекі құралдарынан (буклеттер және т.б.) - 9,8% алатындығы анықталды (3-сурет).

Вакцина туралы қосымша ақпарат алу үшін, респонденттер қосымша кеңес сұрап жеке дәрігер-педиатрға (52 % - 78 респондент), таныс дәрігерден кеңес алуға (32% - 48 репондент), құрбыларының кеңесін тыңдауға (40 % - 60 респондент), теледидар хабарларына (44 % - 66 респондент) және ғаламтор ақпараттарына сенуге (53 % - 78 респондент) жүгінулері мүмкін екендіктері анықталды.



Сурет 3 - Ата-аналар арасында вакцинопрофилактика туралы ақпарат алудың ең танымал әдістері

Қорытындылар:

веществ; должен способствовать повышению общей сопротивляемости организма, улучшению самочувствия, продлению активной жизни, снижению общей и профессиональной заболеваемости. [1,2]

Один из основных свойств питания должна выполнять защитную функцию. Один из вещества, которое имеет защитную функцию, т.е. свойство радиопротектора является цистин. Если ввести продукты в рацион питания, имеющие цистин, т.е. это сыр, молочные напитки, творог и др., приводит к снижению влияния ионизирующих излучений. Кроме этого еще для того чтобы связать и вывести радиоактивные нуклиды необходимо включать в рацион питания продукты богатые пектиновым соединением, т.е. это овощи, фрукты, ягоды, а также свежие неосветленные соки из этих продуктов. Кроме продуктов, которые содержат цистин можно использовать другие аминокислоты, оксикислоты, желчные кислоты, нуклеиновые кислоты, ряд витаминов и минеральных веществ.

Также в рацион должны включать продукты с высоким содержанием липотропные вещества, которые стимулируют жировой обмен в печени и повышающие ее антиоксидантную функцию. К ним относятся печень, яйца, молоко и молочные продукты, рыба, овощи, плоды, растительные масла и др. [3]

При попадании в организм работающих радионуклиды часто используют принцип связывания радионуклидов в ЖКТ. К таким продуктам относятся пищевые продукты богатые пектинами: груши, морковь, тыква, яблоки, сладкий перец, мармелад, зефир; антицианатами: слива, черная смородина, виноград, вишня; фитатами: зерновые(крупы), бобовые и др.

Кроме этого для ускорения выведения из организма радионуклидов нужно использовать продукты богатые клетчаткой, т.е. овощи, фрукты, крупы, хлеб грубого помола.

Также необходимо употреблять продукты богатые витаминами А, С и Е, которые имеют антиоксидантные свойства; и микроэлементы такие как, йод, цинк, селен, кобальт; и БАДы.

Дополнительно необходимо регулярно проводить пассаж желчи и мочи, которые способствуют в выведению радионуклидов. При этом употребляется дополнительное количество жидкости, настои трав, мочегонного и желчегонного происхождения. [4]

Существуют также ряд пищевых продуктов, содержащие прооксиданты, их необходимо исключать. К ним относятся ревень, красная смородина и др. Нельзя много употреблять пищу, богатую жирами.

При правильном использовании вышеперечисленных пищевых продуктов, можем предотвратить различные патологические состояния, возникающие впоследствии воздействия ионизирующих излучений.

Список литературы

1. Искандарова Ш, Ризаев Ж., Б.Тухтаров, М.Хасанова, В.Иногамова. Руководство к практическим занятиям по предмету общая гигиена. Ташкент-2020, 298 стр.
2. Кобелькова И.В. [Оценка вклада рациона 1 лечебно-профилактического питания в фактическое питание лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, 2011, №2-3](#)
3. Mirakhmedova B.M, Mamatqulov, K.R, Mirzarakhimova, I.R., Urazaliyeva, G.S., Avezova, S.S. [Risk Factors for Congenital Anomalies in Children and the Role of the Patronage Nurse](#). Annals of the Romanian Society for Cell Biology. Том 25. 8803–8815 p
4. Tukhtarov B.E. Abdumuminova R.N. Improving the quality and safety of food products, improving technologies to reduce the negative effects on the environment.. CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, Issue: 01, 2660-4159

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАТТЫ ҚАЛДЫҚТАРДЫ СҰРЫПТАУҒА КӨЗҚАРАСЫН ТАЛДАУ

Пернебеков Е.М.¹, Аманбаев Т.У.²

4 курс, «Қоғамдық денсаулық сақтау», ОҚМА, Шымкент, Қазақстан¹

1 курс интерн, «Жалпы медицина», ОҚМА, Шымкент, Қазақстан²

Ғылыми жетекшілері: м.ғ.к., доцент Утепов П.Д., м.ғ.м., Рыстигулова Ж.Б.

Қазақстанда жинақталған қатты тұрмыстық қалдықтардың жалпы көлемі шамамен 100 млн. тонна. Мұнда жыл сайын 5-6 млн тонна түзілуде. Сарапшылардың есептеуінше, 2025 жылға қарай бұл сан жылына 8 млн тонна дейін өсуі мүмкін. Мұнда осы қалдықтардың негізгі массасы қосымша өндеусіз, залалсыздандырмай полигондарда жайғастырылуда. Аймақтар бойынша адам басына шаққандағы қатты тұрмыстық қалдықтардың жинақталу мөлшері жылына 80-400 кг шамасында болуда[1,2].

Қала аумағындағы қатты тұрмыстық қатты қалдықтарды қабылдап, қайта өңдеумен, сұрыптаумен Абай ауданына қарасты Ақтас-1 елді-мекенінде орналасқан «Green Line қоқыс өңдеу зауыты» ЖШС-нің полигоны айналысады. Полигонға биылғы жылдың 10 айының қорытындысы бойынша полигонға әкелінген тұрмыстық қатты қалдықтардың көлемі – 173 мың тоннаны құраған. Оның 6 мыңдай тоннасы сұрыпталып, 126 мың тоннасы көмуге жіберілген, ал одан алынған шикізаттың көлемі 40 мыңдай тоннаны құраған.

Сонымен қатар, ҚР Экология, геология және табиғи ресурстар министрлігінің тапсырысымен «Қазақстан Ғарыш Сапары» ҰК» АҚ-ы республика аумағында бей-берекет жатқан қалдықтардың орындарын анықтау үшін ғарыштық түсірілімдерді жүргізуде. Бұл ғарыштық түсірілімдердің тиімділігі – жер бедерінде жатқан қалдық орындарының координаттық нүктелерін «GPS» навигациямен анықтау Департамент және аудан әкімдіктерінің мамандары үшін қолайлы. Айта кетсек, биылғы жылы қала аумағында қалдықтардың 47-і орыны анықталып, барлық қалдық орындарының көзі жойылған. Сондай-ақ статистика бойынша қала аумағында 2019 жылы қалдықтардың – 122, ал 2020 жылы – 88 орыны анықталған.

Шымкент қаласында жалпы 4 аудан бар. Соның ішінде ірі сауда орындары бар, мәдени орталықтар, беделді жоғарғы оқу орындары, әсем саябақтар мен қонақүйлердің негізгі бөлігі Аль-Фараби ауданында орналасқан. Халқының саны 218 865 адам. Ауданда жалпы 73 өндірістік мекемелер мен кәсіпорындар, 44 мемлекеттік мекемелер мен ұйымдар, 672 көпқабатты және 15170 жеке тұрғынүйлер орналасқан. Осыған орай, Аль-Фараби ауданының тұрмыстық қатты қалдықтар алаңшалары бойынша мәліметтерді алып отырмыз.

Әл-Фараби ауданы аумағында тұрмыстық қатты қалдықтарға арналған 192 контейнер алаңшалары және онда 749 қоқыс контейнерлері бар. Контейнердегі қоқыстарды тазалайтын 3 мекеме бар: 1) «ШымкентСпецКомплекс» ЖШС-і (орталық аумақта), 2) «ЭкоСпецТранс» ЖШС-і (Отырар ш/а., Су ресурстары Маркетинг ЖШС аумағындағы үйлер), 3) жеке секторларда «Арнаулыавтокөлік» ЖШС-і (Забадам, Сәуле, Ақтас, Текесу ш/а.,) тарапынан кестеге сәйкес, тәулігіне 1 рет, кей жерлерде (халық тығыз шоғырланған орталық аумақтарда) 2 реттен қоқыстар тазартылуда. Сонымен қатар, осы қоқыс алаңшаларының жанына 31 мекен-жайда пластикалық ыдыстарды бөлек жинау үшін жеке кәсіпкер «Абуов» тарапынан орнатылған сеткалы жәшік орындары бар.

Сонымен қатар, қазіргі уақытта біздің Министрліктің бастамасымен жедел желісі іске қосылған. Мұнда тұрғындар айналатын қоқыстармен ластануы, аулалардағы қоқыс алаңшаларының уақытылы алынбауы сияқты бұзушылықтар бойынша шағымдануы үшін құрылған. Ағымдағы жылы жедел желісіне қала тұрғындарының қоқыстарға қатысты 40-қа жуық шағым келіп түскен. Бұл шағымдарды Департамент шұғыл түрде қарастырып, жауапты мекемелерге тиісті шаралар қабылдау үшін жолдайды. Сондай-ақ, аудан тұрғындары арасында тазалық мәдениетін қалыптастыру мақсатында, барлық қоқыс алаңшаларға ескертпе белгілері жазылған қоқыс тасымалдайтын мекеменің байланыс нөмірі көрсетілген арнайы нұсқама тақтайшалар бар.

Егер, алаңшалардағы қоқыстар немесе бей-берекет қалдықтар тиісті деңгейде тазартылмаса, Шымкент қаласы бойынша экология департаментінің инспекторлары ҚР «Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Кодексіне сәйкес кінәлі тұлғаларға әкімшілік айыппұлдар салады. (1 кесте) Әкімшілік құқық бұзушылық туралы Бұйрықтың 324 бабында санитариялық-эпидемиологиялық және экологиялық талаптардың нормаларын, сондай-ақ гигиеналық нормативтерді бұзу бойынша айыппұл көлемі (бір айлық есептік көрсеткіш) 2021 жылы 2913 теңге құрайды[3].

1 кесте. Қоршаған ортаны қорғау жөніндегі санитариялық-эпидемиологиялық және экологиялық талаптарды бұзғандағы айыппұл көлемі

Жеке тұлғаларға	10 АЕК = 29 130 тг.
Шағын кәсіпкерлік субъектілерге	15 АЕК = 43 695 тг
Орта кәсіпкерлік субъектілерге	20 АЕК = 58 260 тг
Ірі кәсіпкерлік субъектілерге	100 АЕК = 291 300 тг

Зерттеу мақсаты: Тұрғындар арасында қатты тұрмыстық қалдықтардың пайда болуының алдын алуды және оларды азайтуды, сонымен қатар қоқыстарды сұрыптау жайында хабардарлығын анықтау.

Зерттеу әдістері: сауалнама жүргізу, статистикалық мәліметтер өңдеу.

Зерттеу нысаны: Адам денсаулығы және қоршаған орта

Зерттеу нәтижелері: Барлығы сауалнамаға 120 адам қатысты. Оның 80 әйелдер, 40 ерлер.

Сауалнаманың нәтижесі бойынша, қала тұрғындарының 51%-ы қаланың тазалығына орташа деңгейде алаңдаулы, 14%-ын – аса қатты алаңдатады, ал 35%-ы мүлдем алаңдатпайды. Қоқысты арнайы контейнерлеріне тастайтындар саны 56 болса, тастамайтындар – 64. «Сіз қоқысты сұрыптайсызба?» деген сұраққа – 35%-ы «Иә» десе, 55%-ы «Жоқ» деп жауап қайтарса, ал 10%-ы «жауап беруге қиналады». Сонымен қатар, Қоқыс қалдықтарының адам денсаулығына әсер ететіндігіне 72 адам мақұлдап отыр.

Сондай-ақ, қоқыстарды сұрыптап, бөлек жинауға 82 адам дайын екендігін байқатты. Ал, бей-берекетсіз жатқан қоқыстар туралы тұрғындардың 10 пайызы ғана жедел желіге хабарлайтындығын айтты.

Бұл сауалнамалардың қорытындысынан мынадай ұсыныс туындайды: яғни қала халқы тұрмыстық қалдықтарды сұрыптауға немесе бөлек жинауға дайын екендігін аңғартып отыр. Тұрғындарға ақпараттық түсіндіру жұмыстарын жүргізуді қажет етеді. Сонымен бірге, Бұқаралық ақпарат құралдарынан түрлі бейнероликтер арқылы жеткізген тиімді деп санаймын. Халыққа мотивациялық іс-шаралар ұйымдастырылса, мысалы, балаларға арналған әртүрлі жанрдағы байқаулар, экокелленджер, экомарафондар оң нәтижесін береді деген ойдамын. Тұрғындар дұрыс сұрыптауды үйрену үшін, жалпылама сұрыптау туралы қаулыға немесе кейбір жеке бұйрықтарға өзгеріс енгізу керек.

Әдебиеттер

1. Қазақстан Республикасындағы қатты тұрмыстық қалдықтарды кешенді басқару жүйесін ендіру маркетингтік зерттеулердің нәтижесі бойынша есеп. Зерттеу тобы. DAMU. – Алматы қ. 2018 ж. – 112 б.
2. Концепция по переходу Республики Казахстан к "зеленой экономике" на 2013-2050 годы.
3. Әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы Заңнама 2014 жыл 5 шілде № 235. қоршаған ортаны қорғау, табиғи ресурстарды пайдалану саласындағы әкімшілік құқық бұзушылықтар

АӨК 614.76

ҚАТТЫ ТҰРМЫСТЫҚ ҚАЛДЫҚТАР – ХХІ ҒАСЫР МӘСЕЛЕСІ

Рыстигулова Ж.Б.¹, Кубеева З.Е.²

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ.

«Авиценна» көпсалалы медициналық колледжі, Шымкент қ., e.mail: shymkent_e@bk.ru

Қазақстандағы жалпы қатты тұрмыстық қалдықтардың (бұдан әрі, ҚТҚ) барлық көлемі шамамен 100 миллион тоннаны құрап отыр. Бұл дегеніміз жылына 5-6 млн тонна түзілуде. Сарапшылардың есептеуінше, 2025 жылға қарай бұл сан жылына 8 млн тонна дейін өсуі мүмкін. Бұл қалдықтардың барлығы екіншілік өңдеуге жіберілмей полигондарда қалып жатыр. Аймақтар бойынша әрбір тұрғынға жылына 80-400 кг шамасында қатты тұрмыстық қалдықтардың мөлшері жинақталып отыр. Қазақстандағы полигондардың жай-күйі өте нашар, олардың 97% табиғатты қорғау және санитарлық заңдылықтардың талаптарына сәйкес келмейді[2,4].

ҚТҚ: өз тұтынушылық қасиеттерін жоғалтқан ары қарай пайдалануға келмейтін тағамдық өнімдер, тұрмыстық заттар немесе тауарлар – тұтынушылық қалдықтардың көп бөлігі. Қатты тұрмыстық қалдықтардың жинақталу мөлшері – бұл уақыт бірлігінде (күн, жыл) есептік бірлікке келетін қалдықтардың саны. Жинақталу мөлшері массамен (кг) немесе көлеммен (литр, текше метр) анықталады[1,3].

Көптеген жағдайларда, Қазақстандағы қоқыс үйінділерінің басты мәселесі – оларды жағумен байланысты. Пластиктер пен тағамдық қалдықтарды бірге жандырғанда, аса улы зат - диоксин түзіледі. Ол ағзада жинақталып, аздаған концентрацияда орталық жүйке жүйесіне зиянын тигізеді және ол еш затпен шығарылмайды. Сондай-ақ, қоқыс құрамына сынап немесе басқа ауыр металдар, химиялық қосылыстар кіруі мүмкін, олар жаңбырда және еріген суда ериді де, су қоймаларына және жер асты суларына өтіп кетеді[5,7].

Қатты тұрмыстық қалдықтарды кәдеге жаратудың үш негізгі нұсқасы бар:

- 1) үйінділерді және полигондарды ұйымдастыру;
- 2) қалдықтарды жағу;
- 3) қалдықтарды екінші рет пайдалану.

Осы нұсқалардың әрбірінің өз артықшылықтары мен кемшіліктері бар. Мысалы, қоқыс жағатын зауыттарда тұрмыстық қоқыстарды қайта өңдеуді алсақ. Бір жағынан, бұл экологиялық тұрғыдан қауіпті, себебі осындай зауыттардағы газ тәріздес қалдықтар атмосфераны ластайды. Сонымен қатар, қоқысты жағу қымбатқа түсетін әдістің бірі. Екінші жағынан, тұрмыстық қоқысты жағу нәтижесінде күлдің көп мөлшері жиналады. Қордаландырудан кейінгі органикалық қалдықтар балықтар үшін жем және тыңайтқыштар ретінде шикізат бола алады.

Тұрмыстық қалдықтарды жоюдың немесе кәдеге жаратудың ең күрделі мәселесі пластик болып табылады. Пластиктен қораптарды, тұрмыстық техника, автомобильдің бөлшектерін, бөлме дизайны үшін бұйымдарды жасайды. Қазір шығарылатын пластиктердің көп бөлігі микроағзалармен ыдыратылмайды, сол себепті олар қоршаған ортаға ондаған жылдар бойы зиянын тигізе алады. Адам ағзасы үшін де айтарлықтай зияны бар. Қазіргі таңда ауаның ластануынан түрлі аллергиялық аурулар мен тері аурулары өршіп тұр. Шыныларды қайта кәдеге жарату мәселесі әлдеқайда жеңіл, себебі оны қайта балқыту экономикалық тұрғыдан тиімді[6].

ҚТҚ бөлек жинауды сәтті ендірудің шешуші рөлі халықтың экологиялық санасы мен мәдениетіне тікелей байланысты. Контейнерлерді орнату бойынша жүргізіліп жатқан іс-шараларға және түсіндірме жұмыстарын өткізгеніне қарамастан, қазіргі таңдағы өндірістің және тұтынудың жоғарғы деңгейі кезінде халықтың экологиялық мәдениеті, қоршаған ортаны қорғау мәдениеті жоғары емес деңгейде қалып отыр. Қазақстандағы ҚТҚ қайта өңдеу мәселесін шешу үшін, ең алдымен, қоқыстарды жинауды, осы материалдарды қайта өңдеуді және бірінші реттік өнімді өндіру үшін қайталама шикізатты немесе екінші реттік өнімді жасауды жүзеге асыруға мүмкіндік беретін инфрақұрылымды құру қажет. ҚТҚ жинау, сұрыптау және қайта өңдеу нарығының SWOT-анализіне назар салсаңыз, мүмкіндіктеріміз өте көп, қалдықтардан бизнес жасауға болатыны сөзсіз(1 кесте).

1-кесте. ҚТҚ жинау, сұрыптау және қайта өңдеу нарығының SWOT-анализі

Күшті жақтары	Әлсіз жақтары
1. Осы сектор әлемдік тәжірибеде зерттелген – тексерілген технологиялар мен оны жетілдіру үшін шешімдер бар. 2. Нарық әлеуетті инвесторлар және жеке қаржыландыру көздері үшін ашық. 3. «Жасыл» энергетика мақсатында ҚТҚ пайдалану әлеуеті бар. 4. ҚТҚ алынатын қайталама ресурстардың пайдалану әлеуеті бар.	1. Жинау жүйесінің дамығандығы, оның ішінде ҚТҚ бөлек жинау дамымаған. 2. Алдын ала қайта өндемей қалдықтарды көму республиканың барлық аумағында тараған. 3. Қалдықтарды қайта өңдеу мен кәдеге жаратудың төмен деңгейі. 4. Санитарлық талаптарға ағымдағы ҚТҚ көму объектілерінің сәйкессіздігі.
Мүмкіндіктер	Тәуекелдер
1. ҚТҚ тиімді жинау жүйесі. 2. ҚТҚ жұмыс жасау жүйесіне аймақтық бөлуді енгізу. 3. Қалдықтарды кәдеге жарату мен қайта өңдеу көлемін арттыру. 4. ҚТҚ жинау, тасымалдау мен қайта өңдеу бойынша маңызды және экономикалық тиімді тәсілдерге жету. 5. Республиканың аумағында үйінділерді рекультивациялау. 6. Әлемдік стандарттарға сәйкес ҚТҚ полигондарын салу.	1. Қалдықтар жиналған аумақта экологиялық жағдайдың шиеленісуі. 2. Түзілетін қалдықтар көлемінің көп рет артуы. 3. Климаттың өзгеруіне әсер ететін полигондардан атмосфераға шығарылым

Әдебиеттер

Глушкова В.Г., Кочуров Б.И., Луговский А.М.: Экология (для бакалавров) Учебник. – 2017 г. – 258 стр.
 Қазақстан Республикасындағы қатты тұрмыстық қалдықтарды кешенді басқару жүйесін ендіру маркетингтік зерттеулердің нәтижесі бойынша есеп. Зерттеу тобы. DAMU. – Алматы қ. 2018 ж. – 112 б.
 Оноприенко М., Экология. учебное пособие для бакалавров. – 2015 г. – 432 стр.
 Аскарова У.Б., Мустафаева Р.М. Проблемы утилизации твердых бытовых и промышленных отходов в Казахстане // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - №2. - С.51-54.
 Национальный доклад о состоянии окружающей среды и использовании природных ресурсов за 2011-2014 гг. - Режим доступа: [http:// ecodoklad.kz](http://ecodoklad.kz)
 Концепция по переходу Республики Казахстан к "зеленой экономике" на 2013-2050 годы.

ВЫБОР И ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

Абуева А.М.¹, Жумабаева Д.², Тауманова Г.К.³

Западно-Казахстанский университет им.М.Оспанова, Ақтөбе, Казахстан

студенты 2 курса, «Общая медицина», e-mail:ajungulabueva@gmail.com^{1,2}

преподаватель кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии. Западно-Казахстанский университет им.М.Оспанова, e-mail: gulzhanat.taumanova@bk.ru³

Актуальность: Гигиена рук — это первостепенная мера для снижения распространения инфекции. Такие респираторные вирусные инфекции, как коронавирус (COVID-19), распространяются при попадании капель, содержащих вирус, в организм человека через слизистую часть тела: глаза, нос или горло. При контактном механизме передачи, инфекция передается через руки, что является одним из наиболее распространенных способов распространения вируса от одного человека к другому.

Гигиеническая обработка рук, по данным ВОЗ, является эффективной мерой сокращения распространения инфекций, а в отношении коронавируса – и сокращения смертности. Во время глобальной пандемии одним из самых доступных, простых и важных способов предотвращения распространения вирусной инфекции - это мытье рук с водой и мылом.

Использование антисептических средств для гигиены рук является альтернативным методом для дезинфекции рук, когда мытье рук недоступно. Они обладают антимикробным и противовирусным действием, удобны для применения в любой ситуации и способны защитить от патогенных микроорганизмов на несколько часов.

Цель: 1 Провести анализ о выборе и частоте используемых антисептических средств среди населения Западного региона Казахстана. 2. Изучить методы (способы) дезинфекции рук населения.

Материалы и методы: Анкетирование проводилось среди населения Западного региона Казахстана посредством Google Документ, статистическая обработка результатов выполнялась в программе Microsoft Excel Starter. Было опрошено 645 респондентов. Анкетирование включало такие вопросы:

- Используете ли вы антисептические средства?
- Какие средства используете (этиловый спирт медицинский, готовое антисептическое средство, антибактериальные салфетки)?
- Как часто используете антисептические средства?

Так же в ходе анкетирования респондентам были представлены вопросы о принадлежности по социальному статусу (студент, работающий, ученик), по возрасту, по месту жительства (город, сельская местность), и по половой принадлежности.

Результаты: В анкетировании участвовало 645 респондентов. Из них Женщин- 458 (71%), мужчин 187 (29%). Жителей сельской местности составило 243 (37%), городских 402 (63%). Среди опрошенных большая часть студенты - 334 человек (52%), работающих 240 (37%), 12 учеников (1.8%), безработных и пенсионеры 59 человек (9.2%). По возрастным категориям следующие данные: 15-18 лет - 272 человек (43%), 19-25 – 125 (19%), 26-35 – 53 (8,9%), 36-45 – 60 (9%), 46-55 – 53 (8,9%), 56-63 – 54 (8,9%), 64-70 – 3 (1,5%). Так же опрос показал, что среди 645 опрошенных респондентов используют антисептики постоянно 474 (73%) респондентов, иногда используют 136 (21%), не используют вообще 37 (6%) человек. Среди тех, кто пользуется антисептиками (610 человек) 412 (68%) используют готовый антисептик, спиртовой раствор – 123 (19%), антибактериальные салфетки 75 (13%) человек. Данные о частоте использования среди тех, кто использует антисептики: в день 3-4 раза – 253 (44%), 1-2 раза в день 189 (30%), только при необходимости - 168 (26%) респондентов.

Выводы: Анкетирование показало большой спрос на использование антисептиков, среди населения, в большей степени среди студентов. Согласно анкетированию, наибольшей популярностью пользуются готовые антисептики. Основываясь на данные последних исследований соблюдении дезинфекции рук было установлено, что антисептики используемые для дезинфекции рук могут быть рекомендованы к использованию среди населения.

Литература

1. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Первая глобальная задача безопасности пациента: Чистота – залог безопасной медицинской помощи.
2. Эффективность использования новых антисептических средств в условиях родовспомогательных учреждений Гапон м.н.1, Оганесов а.в.3, Карпун е.о.1, Логинов и.а.2, Гапон э.а.2

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖАҒДАЙЫНДА КВИ-МЕН АУЫРҒАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Данагулова А.Д., 2 курс магистранты, «Эпидемиология» мамандығы
Жетекшісі: м.ғ.к., доцент Даниярова А.Б., Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ медицина және денсаулық сақтау факультеті

Жүктілік - бұл респираторлық вирустық инфекцияларға бейімділік тудыратын физиологиялық жағдай. Имундық және жүрек-өкпе жүйесіндегі физиологиялық өзгерістерге байланысты жүкті әйелдерде респираторлық вирустық инфекциялардың ауыр ағымы ықтималдығы жоғары [1]. Сонымен қатар, SARS-CoV және MERS-CoV екеуі де жүктіліктің ауыр асқынуларын, соның ішінде қажеттілікті тудыратыны белгілі эндотрахеальды интубация және реанимация бөліміне жатқызу, сондай-ақ бүйрек жеткіліксіздігі мен өлімге әкеледі [2,3].

Осы жұмыста біз Алматы қаласы Бостандық ауданының жүкті әйелдер арасында сырқаттанушылықты, осы ауданның жүкті әйелдер тұрғындарының арасында өткізілген алдын алу және эпидемияға қарсы іс-шаралар туралы сипаттаймыз.

Зерттеу мақсаты – эпидемиологиялық сипаттама беру, КВИ бар жүкті әйелдерге медициналық көмектің жай-күйі мен сапасын бағалау, оны ұйымдастыруды оңтайландыру бойынша практикалық ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу міндеті: 1. Жүкті әйелдердің КВИ ауруы бойынша шетелдік және отандық әдебиеттерді зерттеу. 2. Алматы қ. жүкті әйелдер арасында КВИ эпиджағдайын талдау. 3. Көрсетілетін көмектің сапасы мен ерекшеліктерін зерделеу. 4. КВИ бар жүкті әйелдерге медициналық қызмет көрсетуді оңтайландыру бойынша практикалық ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу материалы ретінде 250 жүкті әйелге медициналық көмек көрсету бойынша сауалнама жатады. Жүкті әйелдерге арналған сауалнамада 15 сұрақ болды. Сауалнаманың сұрақтары екі бөлімнен тұрады. Сауалнаманың бірінші бөлімі «Науқас жайлы жеке мәліметтер». Екінші бөлімінде «Денсаулық жағдайын объективті бағалау»: Covid-19 жайлы хабардар болуы туралы ақпарат алу. Сауалнаманың басты мақсаты – жүкті әйелдердің Covid-19 жайлы ақпараттандырылғандығын анықтау. Және де сауалнама нәтижелері бойынша алынған мәліметтерге сүйене отырып, санитарлық ағарту іс – шаралар жоспарын құру.

Нәтижелер және талқылау. Сауалнамаға қатысқан респонденттердің саны - 250. Оның ішінде жүкті әйелдердің жасына байланысты үш топқа бөліп қарастырылды: (18 – 25) – 55%, (26-35) – 35%, (36 жоғары) – 10% құрады. Әлеуметтік зерттеуге қатысқан респонденттер Covid – 19-ға күдігі бар жүкті әйелдер таңдалып, сауалнама анонимді түрде жүргізілді. Сауалнаманың 1-ші блогы бойынша келесі мәліметтер алынды:

№	Сауалнама сұрақтары	Сауалнама нәтижелері
1	Науқас жүкті әйелдер жасы	(18 – 25) – 138 (26-35) – 88 (36 жоғары) – 24
2	Байланыста болған тұлғалар	Ия - 78 Жоқ - 172
3	Науқас қаншалықты жиі ауырады?	Жиі - 68 Сирек - 132 Өте сирек – 50
4	Инфекция көзі	
5	Отбасы мүшелері	32
6	Қоғамдық орындар	172
7	Туыстарымен	46

Сауалнаманың 2-ші блогы бойынша келесі мәліметтер алынды:

№	Сауалнама сұрақтары	Сауалнама нәтижелері
---	---------------------	----------------------

1	Covid - 19 ауруы жайлы білесіз бе?	Иә-98%; Жоқ-2%
2	Covid - 19 қандай асқынулар тудыратынын білесіз бе?	Жоқ-88%; Иә-12%
3	Covid – 19-дың қалай жұғатынынан хабардарсыз ба?	Иә-92%; Жоқ-8%
4	Covid - 19 ауруының белгілерін көрсетіңіз	а) дене қызуының көтерілуі - 86% б) иіс дәм сезуді жоғалту- 82% с) жөтел - 12%
5	Covid-19 жұқтырған жағдайда қайда хабарлауын білесіз ба?	Иә-78% Жоқ-22%

Қорытынды. Covid-19 алдын алу туралы ақпаратты науқастарға және олармен байланыста болған тұлғаларға жеткізу үшін Алматы қаласы, Бостандық ауданының Емхана қызметкерлерінің көмегімен санитарлық ағарту жұмыстары жүргізілді. Түсіндіру жұмыстары және жадынамалар таратылды.

Осылайша, біз сауалнама жүргізу арқылы Бостандық ауданының КВИ-ға күдікті болған жүкті әйелдердің эпидемиологиялық жағдайын анықтадық. Анкеталық сауалнаманың қорытындысы бойынша 250 жүкті әйелдің ішіндегі 104-нің Covid – 19-ға ПТР-оң нәтиже көрсетті.

Covid – 19-ға шалдыққан жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсету 05.08.2021 қабылданған № 146 «Диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамасы» негізінде ұйымдастырылады.

Әдебиеттер

1. Poon, LC, Yang H, Lee JC, et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020.doi: 10.1002/uog.22013.
2. Белокрыничкая Т.Е., Шаповалов К.Г. Грипп и беременность. – ГЭОТАР Медиа, 2015. - 144 с.
3. Wong SF, Chow KM, Leung TN, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 191(1):292-297.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БОЙЫНША 2017-2021 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Усенов Б.У., 1 курс магистранты, «Эпидемиология» мамандығы

Жетекшісі: м.ғ.к., доцент Даниярова А.Б., Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ медицина және денсаулық сақтау факультеті

Ел арасында «Көкала» деп аталып кеткен Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы (бұдан әрі-КҚГК) еліміздің Шымкент қаласы мен Жамбыл, Қызылорда, Түркістан облыстарында белсенді табиғи ошағы орналасқандықтан эпидемиологиялық ахуал күрделенуде. Өкінішке орай, бұл ауру ересек адамдармен қатар балалар мен жасөспірімдер арасында да жиі кездеседі. Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы мен ауырған адамдардың 30%-ы қайтыс болуы мүмкін және де бұл инфекцияға қарсы вакцинасы жоқ! [1].

Індет тек трансмиссивті, яғни науқастың қаны арқылы қарым-қатынасқан ғана емес, кене шаққанда, жанасу кезінде індетті жұқтыру мүмкін. Тұрғындар өз денсаулықтарына немқұрайлы қарау себебінен осы індетпен жыл сайын тұрғындар арасында науқастар тіркелуде. Сол себептен қазіргі таңда өзекті болып отыр.

Қоздырғыштың табиғи резервуары-кеміргіштер, ірі қара және ұсақ мал, құстар, сүтқоректілердің жабайы түрлері, сондай-ақ вирусты жұмыртқа арқылы ұрпақтарына жібере алатын және өмір бойы вирус тасымалдаушы болып табылатын иксод кенелердің өздері. Вирус кене шаққанда кенемен жанасу болғанда немесе ауырған адамның қанымен қарым-қатынаста болған кезінде беріледі. Негізгі тасымалдаушылар - Nyalomma, Dermacentor, Ixodes тұқымдас кенелері. Ресей аумағында Ростов, Ставрополь, Астрахань, Орталық Азия, Қытай, Болгария, Орта Азияда және Оңтүстік Африкада (Конго, Кения, Уганда, Нигерия және т.б.) 80% жағдайда 20-дан 60 жасқа дейінгі адамдар ауырады[1].

Зерттеу мақсаты – Қазақстан Республикасы бойынша 2017-2021 жылдар аралығында Конго-Қырым геморрагиялық қызбасының таралу ерекшеліктері.

Зерттеу материалдары мен әдістері. КҚГҚ күдікті және нақытланған науқастарды және эпидемиологиялық, табиғи ошақ материалдарын зерттеу. Және де, Шымкент қаласы мен Жамбыл, Қызылорда, Түркістан облыстарында 2017-2021 жылдары КҚГҚ ауырған науқастарға талдау жүргізу.

Нәтижелер және талқылау. Зертханаларда ИФА антиген, ИФА IgM, ИФА IgG, ПЦР әдістерімен зерттеу барысында 2017-2021 жылдар аралығында КҚГҚ ауруына 89 науқас оның ішінде Шымкент қаласында-12 жағдай Жамбыл облысында-18 жағдай, Түркістан облысында-26 жағдай және Қызылорда облысында-33 жағдай зертханалық жолмен дәлелденді.

Кесте - Қазақстан Республикасы көлемінде 2017-2021 жылдар аралығында тұрғындар арасында КҚГҚ тіркелуі

№	Жылдар	Барлық КҚГҚ-на күдіктілер	болжамды жағдайлар	ықтимал жағдайлар	КҚГҚ диагнозы расталғандар
1.	2017 ЖЫЛ	198	117	81	16
2.	2018 ЖЫЛ	159	102	57	18
3.	2019 ЖЫЛ	140	65	75	19
4.	2020 ЖЫЛ	55	17	38	17
5.	2021 ЖЫЛ	51	18	33	19
6.	Барлығы	603	319	284	89

Сонымен қатар, КҚГҚ алдын алу үшін жыл сайын Шымкент қаласы мен Жамбыл, Қызылорда және Түркістан облыстарында 15000 жуық кене сынамасы зерттелініп, 300-ге жуық сынамасынан КҚГҚ вирусы анықталып отыр.

Қорытынды. КҚГҚ бойынша тұрғындар арасында індеттің алдын алу мақсатында ақпараттық-түсіндірме жұмысының жыл бойы жүргізу.

КҚГҚ алдын алу мақсатында тұрғындар арасында кездесу жүргізіліп, парақшалар, брошюролар таратылып, емдеу мекемелеріндегі дәрігерлер мен орта буын медицина қызметкерлерін дайындап профилактикалық жұмыстарының нәтижесінде жыл сайын 50-200 аралығында КҚГҚ күдікті науқастар анықталып, зертханалық жолмен 20 жуық КҚГҚ науқастар анықталып отыр.

Әдебиеттер

1. Айкимбаев А. М. Особо опасные и эмерджентные инфекции. Алматы, 2017; 276-280.
2. Қазақстан Республикасы көлемінде 2017-2021 жылдар аралығында КҚГҚ эпидемиологиялық және эпизоотологиялық жағдайын талдау жұмыстары.

БАЛАЛАР АРАСЫНДА ГЕЛЬМИНТОЗДАРДЫҢ ТАРАЛУЫ

Светланова Ш.М.-магистр 1 курс, «Медициналық-профилактикалық іс», Қазақстан медицина университеті, «ҚДСЖМ», Алматы, Қазақстан, sshnara99@mail.ru
Ғылыми жетекші м.ғ.к., ассоц. профессор **Нұрбақыт А.Н.**, ardaknur@mail.ru, **Рыскулова А.Р.**, м.ғ.к., ассоц профессор, каф. жетекшісі «Қоғамдық денсаулық және әлеуметтік ғылымдар» Қазақстан медицина университеті, «ҚДСЖМ», Алматы, Қазақстан, r.alma@bk.ru

Гельминтоздар-адам ағзасындағы тіршілік әрекеті нәтижесінде гельминттер тудыратын паразиттік аурулардың үлкен тобы. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша, жер шарының 4,5 миллиардтан астам халқы гельминтоздармен ауырады. Паразиттік аурулардың зақымдануының нақты деңгейі ресми сандардан әлдеқайда жоғары деп есептеледі [1].

Бұл экологиялық жағдайдың нашарлауымен, көші-қон процестерінің, адамның топырақпен, жануарлармен және басқа да факторлармен байланысының артуынан, сондай-ақ медицина қызметкерлерінің осы ауруға қатысты сақтығының төмендігіне байланысты. Гельминтоздар адам денсаулығына, әсіресе балалар ағзасына айтарлықтай зиян келтіреді: асқазан-ішек жолдарының шырышты қабығына механикалық әсерден басқа, улы-аллергиялық реакциялар туғызады, вакцинацияның тиімділігін төмендетеді, баланың физикалық және нейробиологиялық дамуына теріс әсер етеді. Токсокороз секілді, тіндік гельминтоздар ауыр аллергиялық патологияның қоздырғышы болып табылады, қабыну процестерінің созылуына ықпал етеді және личинкалардың миграциясы жүретін органдардың қызметін бұзады [2, 3].

Қазіргі уақытта Қазақстанда көптеген гельминттер (энтеробиоз, гименолепидоз, эхинококкоз, трихинеллез және т.б.) эндемикалық ауру болып саналады. Бүгінгі таңда әр түрлі жастағы балалар арасында гельминтоздардың таралуы өзекті мәселе болып табылады. 14 жасқа дейінгі балалардың зақымдануы 83,8% құрайды. Гельминтоздар құрылымында энтеробиоз (91%) жетекші орын алады. Барлық инвазияланған балалар арасында энтеробиоз жағдайларының тіркелуі 92,3% құрайды. Сонымен қатар, ауылдық жерлерде балалардағы энтеробиоз және аскаридоз ауруы қалаларға қарағанда едәуір жоғары, бұл санитарлық-гигиеналық жағдайлармен, сондай-ақ қоршаған ортаның гельминт жұмыртқаларымен ластану дәрежесімен байланысты. Балалар арасында гельминтозбен сырқаттанушылық мектепке дейінгі мекемелерде сонымен қатар білім беру мекемелерінде әлі күнге дейін өзекті проблема болып саналады. Осы жағдайға байланысты декреттелген топтар арасында, яғни мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларды жоспарлы профилактикалық тексеру қажет етеді. Сондай-ақ мектепке дейінгі және білім беру мекемелеріне санитарлық ағарту іс-шараларын жүргізу қажет. Республика бойынша 2019 жылдағы 10437 тіркелген жағдайға қарсы 2020 жылы 6490 жағдай тіркелген болатын. 14 жасқа дейінгі балалардың үлес салмағы басым - 67%-ды құрайды. (2019ж. -72%). Паразитозбен ауыратын науқастардың жас құрамын талдау науқастардың ең көп зардап шеккен жасы – 4-6 жас (26%), 7-10 жас (19%), 0-3 жас (13%) және 11-14 жас (11%), яғни олар мектепке дейінгі, кіші және орта мектеп жасындағы балалар екенін анықтады. Балалардың паразиттік аурушандығы құрылымында бірінші орында ЖБМ оқушылары (41%), бұдан әрі – бала-бақша тәрбиеленушілері (36%), мектепке дейінгі мекемедегі балалар (19%), қалғандары – 1-3%. Соңғы жылдары осы саладағы сырқаттанушылық көрсеткішінің ауытқуы жағдайларды есепке алу мен тіркеуді бақылау шараларының жеткіліксіздігі туралы қорытынды жасауды көздейді.

Осыған, орай біздің мақсатымыз балалар арасындағы гельминтозбен сырқаттанушылықты динамикалық талдау және де профилактикалық шаралар ұсыну болып табылады. Ал, негізгі міндеттеріміз бұл әдеби дереккөздер мәліметтері шеңберінде гельминтоздың таралуын зерделеу және де балалар арасында гельминтозбен сырқаттанушылықтың деңгейіне статистикалық талдау жүргізу. Сонымен қатар ата-аналардан балалар арасында кездесетін гельминтозбен сырқаттанушылық туралы ақпараттануы бойынша сауалнама жүргізу арқылы олардың қаншалықты деңгейде бұл ауру туралы хабардар екенін білу. Жүргізілген әдеби дереккөздерге сүйене отырып мынадай ұйғарымға келуге болады, гельминтоздар адам денсаулығына, әсіресе балалар ағзасына айтарлықтай зиян келтіреді: асқазан-ішек жолдарының шырышты қабығына механикалық әсерден басқа, улы-аллергиялық реакциялар туғызады, вакцинацияның тиімділігін төмендетеді, баланың физикалық және нейробиологиялық дамуына теріс әсер етеді.

Қорытындылай келе, балалар арасындағы гельминтоздардың таралуын зерттеу бізге бұл сырқаттанушылықты азайтуға сонымен қатар осы аурудың алдын алуға жол береді. Сонымен қатар зерттеу жұмыстарын жүргізу арқылы біз гельминтоздың сырқаттанушылығының себеп-салдарлық байланыстарын анықтайтын боламыз.

Әдебиеттер

1. Давыдова И.В. Гельминтозы, регистрируемые на территории Российской Федерации: эпидемиологическая ситуация, особенности биологии паразитов, патогенез, клиника, диагностика, этиотропная терапия. *Consilium Medicum* 2017; 19(8): 32–40.
2. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология: руководство. Женева: ВОЗ 2002; 752.
3. Jill E. Weatherhead, Peter J. Hotez, Rojelio Mejia. The Global State of Helminth Control and Elimination in Children. *Pediatric Clinics of North America* 2017; 64(4): 867–877.

Секция: «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОЛОГИИ, ФАРМАКОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ»

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19

Аденова А.Н., 3 курс факультет «Общая медицина», e-mail: adenova01@mail.ru

Баймаханов А.Б., научный руководитель, e-mail: abl7@bk.ru

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Аннотация. В данной статье изучается вопрос о наиболее эффективных лекарственных препаратах для лечения COVID-19. В статье были рассмотрены основные лекарственные препараты, которые были применены на практике.

Ключевые слова: коронавирус, пандемия, препараты, инфекция, COVID-19.

Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19 быстро приобрела характер пандемии, о которой ВОЗ объявила 11 марта 2020 года, распространившись на большинство стран мира, и в настоящее время представляет собой серьезную глобальную проблему. Число инфицированных людей продолжает неуклонно расти, и в некоторых странах темпы роста заболеваемости уже замедлились, и пандемия достигла стадии «плато». Различия в разных странах отражают текущие противоэпидемические меры, время их начала и объем. Ослабление противоэпидемических мероприятий вызывает рост заболеваемости. Особенности распространения этой инфекции изучаются, и специалисты пытаются противостоять ее распространению. В этом смысле объем анализов увеличивается с каждым днем, выявляется большое количество пациентов с латентными формами и носителями, которые изолированы, что значительно снижает циркуляцию вируса [1].

Необходимо понимать, что новое лекарство будет изобретено не сразу, это требует времени, многочисленных и длительных исследований. По этой причине проводятся исследования с целью «повторного использования» и изучения возможности использования лекарств, уже известных различным группам в отношении коронавируса. Ситуация такова, что ждать изобретения нового препарата некогда, так как его разработка с учетом клинических испытаний может занять несколько лет. Поэтому лекарство от COVID-19 - это перспектива на будущее [2].

Мы постараемся выяснить, какие лекарства доступны на данный момент, какие лекарства помогают против коронавируса, а какие необходимы для лечения. По данным ВОЗ, конкретных этиотропных препаратов для лечения коронавируса пока нет. В основе терапии лежит патогенный рецепт лекарств - это значит, что лекарства будут действовать на основные механизмы развития болезни, но не смогут напрямую уничтожить вирус. Как правило, от каждой формы коронавируса используются разные препараты. К примеру: перед подтверждением диагноза более легких форм COVID-19 в лечение могут быть включены препараты, рекомендованные при сезонных ОРВИ: индукторы интерферона, интраназальный альфа-интерферон и противовирусные препараты. В вероятных и подтвержденных случаях заражения лечение проводится согласно протоколам. Пациенты проходят лабораторное исследование, которое включает тест на наличие РНК-вируса. Подтвержденный случай включает положительный ответ на присутствие РНК-вируса, который определяется с помощью ПЦР или амплификации нуклеиновой кислоты [3].

В целом, на сегодняшний день наиболее эффективными препаратами для лечения коронавируса являются следующие препараты:

– Противомаларийные средства (хлорохин, гидроксихлорохин, мефлохин). Механизм действия этих препаратов на вирус до конца не изучен, считается, что они препятствуют проникновению вируса в клетку и самовоспроизводству (Делагил, Плаквенил или Лариам);

– Противовирусная терапия (ингибиторы протеазы ВИЧ. Калетра, дженерики Ритоком, Калидавир (Калидавир), Алувиа, Лопимун. Однако лечение только этой комбинацией препаратов не укорачивает продолжительность заболевания и не демонстрирует высокой эффективности. В Китае комбинация лопинавир + ритонавир + интраназальный интерферон альфа-2b оказалась более эффективной, поэтому использование Калетры, Алувии или Ритокома в качестве монотерапии рекомендуется только в случае противопоказаний. Показания к хлорохину и в комбинации с интерфероном альфа-2b, ритонавиром, рибавирином, арбидолом);

– Иммуномодулирующая терапия (интерферон бета-1b и интерферон альфа-2b, азитромицин);

– моноклональный препарат тела для тоцилизумаба IL-6.

Однако следует помнить, что назначить препараты, рекомендованные от коронавируса, может только врач. Противомаларийные препараты кардиотоксичны, и таблетки небезопасно пить без надобности. Перед подтверждением диагноза в легких случаях можно интраназально принять интерферон альфа, индукторы интерферона: Кагоцел; Амиксин; тилорон; ORVIS Immuno, ARVI-xine, Тилаксин, Тилорам, Флогардин, Лавомакс; Нобазит; Амизон; Циклоферон; Ридостин; Неовир и др. [4].

Параллельно с этим проводятся активные испытания лекарств против этой инфекции, и экспериментально устанавливаются лекарства, которые помогут пациенту легче и без осложнений перенести ее. Что касается нынешней ситуации, то всех интересуют вопросы: когда они найдут лекарство от коронавируса и найдут эффективное лекарство, если они найдут лекарство от коронавируса, это будет мировое открытие. [5].

Список литературы

1. Е. Д. Баздырев. Коронавирусная инфекция – актуальная проблема XXI века. 2020. С. 7-13
2. Романов БК. Коронавирусная инфекция COVID-2019. Безопасность и риск фармакотерапии. 2020;8(1):3–8.
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): Клинико-эпидемиологические аспекты. Архив внутренней медицины. 2020; 10(2): 87-93.
4. [https:// medside.ru/s/lekarstva-ot-koronavirusnoy-infekcii](https://medside.ru/s/lekarstva-ot-koronavirusnoy-infekcii)
5. <https://coronavirus-control.ru/>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Гехаева З.Н., III курс факультет «Общая медицина», e-mail: z.z.z13@list.ru

Баймаханов А.Б., научный руководитель, e-mail: abl7@bk.ru

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Аннотация. В данной статье изучается вопрос эффективности иммуностимуляторов в период пандемии COVID-19. В статье были рассмотрены основные факты о роли иммуностимулирующих препаратов при профилактике и лечении коронавируса.

Ключевые слова: коронавирус, пандемия, иммуностимуляторы, COVID-19.

Коронавирусная инфекция - заболевание, которое все еще расследуется, статистика случаев растет с каждым днем, а лекарства от этого заболевания еще не утверждены официально. Коронавирусная инфекция по сей день поражает мир. Ежедневно ведущие новостей сообщают о росте числа инфицированных. Угроза, которую COVID-19 представляет для человека, заключается в отсутствии иммунитета к патогенам, отсутствии знаний о влиянии на организм и влиянии лекарств на возбудителя. Коронавирусная инфекция опасна осложнениями. Они быстро развиваются, полностью «убивают» иммунную систему, наносят необратимые повреждения легким. Состояние усугубляется хроническими заболеваниями, требующими постоянного приема лекарств. Опыт китайских, итальянских и российских ученых, которые активно изучают COVID-19, позволяет с уверенностью утверждать об опасности некоторых фармацевтических препаратов. Кроме того, они дают людям советы о том, какие образцы для подражания могут снизить риск заболеваний [1].

Как известно, от COVID-19 страдает в первую очередь иммунитет человека. Поэтому почти каждый второй человек считает, что для профилактики и выздоровления от коронавируса необходимо укреплять иммунитет и принимать иммуностимуляторы. В медицинском арсенале до сих пор нет эффективного препарата, способного бороться с COVID-19. Сейчас в мире одновременно проводится несколько клинических испытаний с целью выявления антивирусных свойств уже известных лекарств. Пандемия коронавируса уже породила огромное количество публикаций, авторы которых задаются вопросом: почему в эпоху прогресса медицины и фармакологии мир был настолько уязвим и сбит с толку распространением нового вируса. Смертельная инфекция, появившаяся по всему миру, вызвала панику среди населения. Этим условием воспользовались фармацевтические компании. На телевидении и радио появилась реклама иммуностимуляторов, защищающих от болезней. Люди из страха, в профилактических целях, скупали фармацевтические препараты, увеличивая прибыль разработчиков. Тайский вирусолог Ванпхен Суцамай опубликовал на международной конференции по профилактике инфекционных заболеваний данные, свидетельствующие о неэффективности лекарственной модуляции против COVID-19. Врач настаивает на том, что прием иммунных препаратов до начала заболевания стимулирует повышенную активность защитных сил организма. Для здоровых людей это чревато развитием аутоиммунных заболеваний [2].

Кроме того, завершённое «лечение» иммуностимулятором оставляет человека без защиты для заражения в окружающей среде. Мнимое чувство комфорта и безопасности заканчивается с первыми признаками ОРВИ. Средства не отличаются длительным действием. Ванпхен Суцамай рекомендует соблюдать правила личной гигиены и принимать натуральные иммуностимуляторы, такие как: чистая вода; продукты пчеловодства; фрукты и овощи; орехи; источники интерферона: чеснок, лук, фасоль, алоэ и другие. Однако голландские ученые обнаружили полезные свойства препарата «Тоцилизумаб» для пациентов с COVID-19, находящихся в реанимации и подключенных к аппарату искусственной вентиляции легких. Препарат «Тоцилизумаб» подавляет иммунную систему и используется при лечении тяжелых форм артрита. Исследование проводилось в 260 больницах по всему миру. MCU Utrecht провела исследование в Европе. Ученые обнаружили, что препарат помогает улучшить состояние тяжелобольных пациентов с COVID-19 и сокращает время, проведенное в отделении интенсивной терапии и на аппарате искусственной вентиляции легких. Кроме того, исследователи отметили снижение смертности у этих пациентов [3].

На сегодняшний день один из ключевых вопросов медицинской науки - найти методы лечения и профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19. Из числа перспективных альтернатив борьбы с коронавирусной инфекцией эксперты рассматривают множество подходов. Несомненно, что наиболее результативные средства должны быть направлены на непосредственную нейтрализацию вирусной активности, в том числе проникновение вируса в клетку также размножение. Иммуностимуляторы являются медицинскими препаратами, подавляющими репликацию. Перспективное направление борьбы с COVID-19 может быть связано с иммунотерапией также иммунопрофилактикой. Кажется, то, что результативность подобного подхода подтверждается ситуацией эффективного применения сывороток также вакцин в борьбе со многими инфекциями, в том числе вирусными. На самом деле иммуностимулирующие препараты от коронавируса только усугубляют ситуацию, и тому есть научное обоснование. Дело в том, что у пациентов, инфицированных коронавирусной инфекцией, все симптомы усиливаются, а осложнения возникают со скоростью света за счет выработки цитокинов - небольших молекул пептидов. Иммуностимуляторы действуют таким же образом, вырабатывая цитокины, благодаря чему болезнь прогрессирует быстрее [4].

Иммуностимуляторы действуют двояко: с одной стороны, они стимулируют иммунную систему, с другой - истощают ее, поэтому организм становится более уязвимым для различных инфекций. В результате в организм входит фаза инерции, и в этом состоянии организм просто не может бороться с болезнью. Кроме того, необоснованное использование иммуномодуляторов может привести к аутоиммунным заболеваниям. Что касается профилактики, то принимать иммуномодуляторы от коронавируса не имеет смысла. Если у человека устойчивая иммунная система, организм сможет справиться с болезнью самостоятельно. Вот почему «Ибуклин» от коронавируса не обеспечивает ни эффективного лечения, ни качественной профилактики. Теперь, когда вы знаете, почему иммуностимуляторы нельзя применять при коронавирусе, вы будете действовать только по совету врача, без самолечения [5].

Список литературы

1. Е. Д. Баздырев. Коронавирусная инфекция – актуальная проблема XXI века. 2020. С. 7-13
2. Романов БК. Коронавирусная инфекция COVID-2019. Безопасность и риск фармакотерапии. 2020;8(1):3–8.
3. Смирнов В.С., Тотолян Арег А. Некоторые возможности иммунотерапии при коронавирусной инфекции // Инфекция и иммунитет. 2020. Т. 10, № 3. С. 446–458.
4. Пащенко М.В., Хаитов М.Р. Иммунный ответ против эпидемических коронавирусов. Иммунология. 2020, 41 (1): 5–18.
5. И.В. Чеботарь, Д.А. Шагин. О непредсказуемости результатов иммунотерапии и иммунопрофилактики COVID-19. 2020. С. 14-15.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ

Кулиева Г.А., III курс факультет «Общая медицина», e-mail: kulievagunel123@mail.ru
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Аннотация. В данной статье изучается вопрос о медикаментозном лечении акне. В статье была рассмотрена проблема заболевания акне, и лечения ее медикаментозными методами в различных степенях и формах проявления.

Ключевые слова: акне, кожные сальные железы, медикаменты, лечения, препарат.

Акне – это заболевание волосяных фолликулов также кожных сальных желез, что способен возникнуть не только на лице, однако также на шее, плечах либо спине. Все эти зоны локализации прыщей объединены тем, что включают высокое количество кожных желез. Также непосредственно активность

кожных сальных желез, которая считается первым и более значимым условием в формировании угрей, запускает все дальнейшие элементы в патогенезе данного заболевания.

Лечение прыщей на лице у взрослых и подростков равно, за исключением девушек, для которых оральные контрацептивы могут применяться в качестве добавочной терапии. Как вылечивать акне, будет обуславливаться от формы болезни также его степени тяжести. Наиболее сложная часть лечения воспаления - это выбор правильной комбинации медикаментов. К примеру, показание разных групп веществ также их композиций будет находиться в зависимости от преобладания конкретных видов воспалительных компонентов (это могут быть комедоны, папулы, пустулы либо узелки), но кроме того их количества. Более результативными медикаментами от акне на лице считаются: ретиноиды местного также системного воздействия, антибиотики, продукты с перекисью бензоила, а для девушек - оральные контрацептивы [1].

Взаимозависимость схемы лечения от уровня тяжести воспаления: Папулопустулезная болезнь легкой также средней степени серьезности - все препараты определяют только внешне. Тут мы непременно будем применять ретиноиды, однако то, что касается противомикробных компонентов, то подбор между ними будет зависеть от вида воспалительных компонентов. Эта сочетание содержит Эффезел-гель, либо мы можем определить комбинацию из 2-х монопрепаратов - Базирон с перекисью бензоила (с утра) + Дифферин либо Клензит с адапаленом (в вечернее время). Однако если у пациента большое количество гнойничков с гноем, в таком случае необходима иная модель лечения. Во-первых, мы непременно используем в вечернее время комбинацией «ретиноид + антибиотик». А дополнительно с утра прописываем пациенту медпрепарат Базирон, включающий перекись бензоила.

Тяжелые папулопустулезные болезни - в данном случае мы все же определяем внешне комбинацию «ретиноид + бензоилпероксид», однако использование антибиотиков уже станет целым. Терапия комедональных угрей: не воспаленные комедоны - наиболее раннее выражение прыщей. Терапия, как правило, носит профилактический вид, также содержит местные способы лечения, которые сокращают число комедонов и уничтожают увеличение болезнетворных микроорганизмов. Средства выбора - препараты из салициловой кислоты, продукты питания, включающие серу, азелаиновую кислоту, ретинолпальмитат, третиноин, адапален, изотретиноин, пероксид бензоила [2].

Третиноин - быстродействующий агент, минимизирующий формирование черных точек (комедонов). Препарат используют в различных концентрациях также формах: крем 0,025%, 0,05%, 0,1%; Гель 0,01% также 0,025%. При оптимальной переносимости третиноин наносят на пораженные зоны один раз в день, включая с более низкой концентрации, но потом переключаясь к наиболее значительной концентрации. Азелаиновая кислота используется 2 раза в день в виде 20% крема в проблематичных местах кожи как очень эффективное средство и при непереносимости третиноина также иных препаратов. Терапия воспалительных форм. При лечении простой формы воспаление с незначительным числом высыпаний рационально использовать внешне спиртовые растворы, включающие салициловую кислоту, резорцин, медикаменты, перекись бензоила, мази с антибиотиками. Пероксид бензоила в варианте геля либо 1–10% раствора используют один раз в день на протяжении 2–3 месяцев. Более целесообразно применять его 3% смесь в комбинации с 3% эритромицином либо 7% смесь с гликолевой кислотой. Внешняя противомикробная лечение при угревой сыпи содержит эритромицин, тетрациклин, линкомициновые мази, клиндамицин. Медикаменты в виде мазей используют два раза в день. Они уничтожают увеличение микроорганизмов. Ретиноевая лекарство наносится на пораженные участки на продолжительное время. Необходимо выделить: разнообразные производные третиноина также ретинола не следует применять при пилингах также при повышенном нахождении на солнышко в комбинации с УФ-излучением [3].

Для лечения тяжелых форм воспаление применяется сочетание системной также местной терапии. Исключение является изотретиноин, который используется в свойстве монотерапии. Ципротерона ацетат используют курсами, допустимо, в комбинации с пероральными контрацептивами. Медпрепарат определяют только лишь девушкам полового года при наличии гормональных патологий также неэффективности классической терапии. Противомикробное лечение нужно при лечении угрей [4].

Целая противобактериальная терапия подразумевает применение доксициклина, клиндамицина, котримоксазола, эритромицина, тетрациклина. Доксициклин, миноциклин, котримоксазол правильно растворяются в жирах; Было подтверждено, то, что он считается более результативным по сопоставлению с иными противобактериальными средствами. Для лечения угревой сыпи применяются разнообразные иммуномодуляторы, биологически действующие элементы, ангиопротекторы, витамины группы В, аскорбиновая кислота также ее производные, липотропные средства. Применяются соответствующие биологически действующие элементы: настойки левзеи, элеутерококка, аралии, женьшеня, сапарала, пантокрина, глицирама также др.

В нынешнее время лечение угревой сыпи показано разными способами, композицией внешних также целых препаратов, при назначении которых предусматривается тип также форма, тяжесть течения болезни, этиологические условия также психосоматическое состояние пациента. Наличие очень эффективных нынешних средств дает возможность благополучно осуществлять терапию при всех конфигурациях угревой сыпи, как простой, так и нелегкой, и являться источником к прочному улучшению. Терапия комбинацией

внешних также целых веществ дает возможность преодолеть с каждой формой болезни, в том числе и с наглядно выраженными процессами [5].

Список литературы

1. Узалаева, Ш. А. Лечение акне. Ретиноиды / Ш. А. Узалаева, А. З. Санова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 28 (266). — С. 198-200.
2. Узалаева, Ш. А. Акне: этиопатогенез и диагностика / Ш. А. Узалаева, А. З. Санова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 28 (266). — С. 194-197.
3. Клименкова Н.В., Шиманская И.Г. Современные подходы к лечению акне и постакне. 2014г. С. 44-48
4. <https://lactofiltrum.kz/>
5. <https://www.1nep.ru/articles/121250/>

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕРОПЕНЕМ В ЛЕЧЕНИИ КВИ

Ораз Нұржан Бекжанұлы., 3-курс факультет «Общая Медицина», e-mail: oraz.nurzhan@mail.ru
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан,

Аннотация: Данная статья подводит некоторые итоги изучения Коронавирусной инфекции и его тактики лечения. Раскрывает содержание понятия самой инфекции. А именно, описывается эффективность применения антибиотика «Меропенем». Прово

Ключевые слова: Коронавирусная инфекция, антибиотики, «Меропенем», эффективность, симптомы.

Высокая летальность и громадные социально-экономические последствия эпидемии вирусом COVID-19 требуют немедленной разработки методик эффективной терапии. Основным осложнением коронарусной инфекции, обуславливающим развитие летального исхода, является дыхательная и полиорганная недостаточность. Её можно предотвратить и в Казахстане есть препараты для решения этой задачи.

Коронавирусная инфекция (hCov) – острое инфекционное заболевание вирусной природы, которое характеризуется умеренно выраженной интоксикацией и преимущественным поражением верхних отделов респираторного тракта. Лишь у детей отмечены случаи поражения бронхов и легких. На долю коронарусной инфекции приходится от 4 до 20 % случаев всех ОРВИ.

Патогенез данных заболеваний идет с начало **инкубационный период** составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток. Для COVID-19 **характерно наличие клинических симптомов** острой респираторной вирусной инфекции: повышение температуры тела (>90%); кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80 % случаев; одышка(55%); утомляемость (44%); ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).Наиболее тяжелая одышка развивается к 6-8-му дню от момента инфицирования. Также установлено, что среди первых симптомов могут быть миалгия (11%), спутанность сознания (9%), головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела [1].

После того как я ознакомил вас с симптомами коронарусной инфекции, хотел бы рассказать лечение одним препаратом под названием «Меропенем».

Синтетический препарат из группы карбапенемов для парентерального введения (внутривенно). Показывает эффективность не только в комбинированном лечении, но и в качестве монотерапии. Обладает бактерицидным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных микроорганизмов, кроме энтерококков faecium, метициллинрезистентного золотистого стафилококка и аэробной бактерии стентрофомонас мальтофилии. Может назначаться детям, но не младше 3-месячного возраста [2].

Этот препарат хорошо комбинируется с другими противомикробными агентами при лечении инфекции у детей и взрослых. Меропенем оказывает бактерицидное действие за счёт воздействия на синтез клеточной стенки бактерий. "Меропенем" назначают только пациентам, которые проходят лечение от коронарусной инфекции в отделениях интенсивной терапии, когда уровень поражения легких составляет более 50 процентов, а также выявляется вторичная инфекция на фоне осложнений пневмонии. Если больному с легкой и средней формой заболевания назначают прием этого препарата, то он может вызвать

резкое снижение сил организма, обострение хронических заболеваний, а также печеночную и почечную недостаточность.

Список литературы:

1. http://kingmed.info/articles/Obshchaya_vrachebnaya_praktika/Terapiya/article_43/Etiologiya_patogenez_klinicheskaya_kartina_i_diagnostika_novoy_koronavirusnoy_infektsii_COVID-19_Versiya_ot_080420g
2. <https://yandex.kz/turbo/tabletix.ru/s/lekarstva/kakie-antibiotiki-naznachayut-pri-koronavirusnoj-pnevmonii/>

КАКОВА ИСТИННАЯ КАРТИНА ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ПРОТИВ СТЕНОКАРДИИ ?

Ізбасар І., 3-курс «Общая Медицина», АО «Южно Казахстанская медицинская академия» г. Шымкент, Казахстан, e-mail: iliyasizbassar@gmail.com
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г.Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru

Аннотация: Хирургические методы лечения патологии сердца, а именно стенокардия, по-прежнему остаются и будет оставаться медикаментозным, которое будет включать в себя применения препаратов трех основных групп: нитраты, бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция. Эффективность данных средств при стенокардии сомнений не вызывает, однако проблема, которая связанная с выбором наилучшего варианта лечения для каждого пациента остается актуальной. Во время врачебной деятельности выбор препаратов осуществляется, эмпирически, исход которого приводит к излишним затратам времени, а так же средств, но как мы знаем не всегда может привести к желаемому результату. За счет индивидуального подбора лекарственных средств с учетом патогенеза каждого больного, а так же особенностей реакции на препарат может привести к повышению эффективности лечения.

Использование бета-адреноблокаторов или антагонистов кальция приведет к наиболее благоприятным результатам, что позволит во время лечения сократить время, необходимое для выбора наиболее активного препарата.

Ключевые слова: Бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, стенокардия

Summary: The summary deals with the concept interactive technology and applying in education process such technology how web quest. Advantages and disadvantages of using these technologies in practical lessons.

Key words: Beta-blockers, calcium antagonists, angina pectoris

Түйін: Жүрек патологиясын хирургиялық емдеу, атап айтқанда стенокардия, әлі де қалады және дәрі-дәрмек болып қала береді, оған үш негізгі топтың препараттарын қолдану кіреді: нитраттар, бета-блокаторлар және кальций антагонистері. Стенокардия кезінде осы құралдардың тиімділігі күмән тудырмайды, алайда әрбір пациент үшін емдеудің ең жақсы нұсқасын таңдаумен байланысты проблема өзекті болып қала береді. Медициналық қызмет кезінде дәрі-дәрмектерді таңдау эмпирикалық түрде жүзеге асырылады, оның нәтижесі уақыттың, сондай-ақ қаражаттың шамадан тыс шығындарына әкеледі, бірақ біз білетіндей, ол әрқашан қалаған нәтижеге үйрене алмайды. Әр науқастың патогенезін, сондай-ақ препаратқа реакция ерекшеліктерін ескере отырып, дәрі-дәрмектерді жеке таңдау арқылы емдеу тиімділігінің жоғарылауына әкелуі мүмкін.

Бета-блокаторларды немесе кальций антагонисттерін қолдану ең қолайлы нәтижелерге әкеледі, бұл емдеу кезінде ең белсенді препаратты таңдауға қажетті уақытты алып тастауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: Бета-блокаторлар, кальций антагонистері, стенокардия

Наиболее важным эффектом бета-блокаторов при стенокардии является уменьшение потребности в кислороде за счет снижения частоты сердечных сокращений, артериального давления и контрактильносоти миокарда. При снижении ЧСС можно заметить увеличение времени коронарного кровотока, а так же перфузии миокарда во время диастолы. Уменьшение ЧСС под влиянием бета-блокаторов считается одним из основ механизмов снижения риска летального исхода при стенокардии.

Бета-блокаторы смещают кривую диссоциации гемоглобина вправо, который приводит к увеличению отдачи кислорода к миокарду. Эффект бета-блокаторов состоит в нормализации соотношения между потребностью миокарда в кислороде, а также его доставкой.

Важным свойством бета-блокаторов является их способность сохранить жизнеспособность сердечной мышцы в условиях оксидативного стресса. Бета-блокаторы повышают устойчивость миокарда к воздействию свободных радикалов, иными словами обладают антиоксидантной активностью.

Применяемые антагонисты кальция подразделяются на 3 разные структурные классы: дигидропиридины, которые включают нифедипин, амлодипин, фелодипин и т.д.

Механизм действия антагонистов кальция заключается в способности их блокировать L-тип кальциевых каналов и предотвращать возрастание внутриклеточной концентрации свободного(+) кальция, или устранять его действие на функции клеток, а так же подавлять сокращение гладкомышечных клеток сосудистой стенки, за счет которого происходит снижение сократительной активности миокарда и уменьшение ЧСС.

Различия в свойствах АК определяют их тканевую специфичность и особенности фармакологического действия. Дигидропиридиновые производные в зависимости от вида препарата в 10 -100 раз сильнее влияют на сосуды, чем на миокард, поэтому обладают менее выраженным кардиодепрессивным действием и не влияют на синусовый и атриовентрикулярный узел. Сосудистая селективность может рассматриваться как желательное явление, так как обеспечивает коронарную и периферическую вазодилатацию без подавления сократительной активности миокарда, однако недостатком высокой сосудистой селективности является рефлекторная адренергическая стимуляция. Она возникает в ответ на резкое снижение периферического сопротивления, приводит к тахикардии и увеличению сократительной активности миокарда, в результате чего повышается потребность миокарда в кислороде.

В отличие от дигидропиридинов специфичность верапамила и дилтиазема в отношении сосудов, миокарда и проводящих тканей атрио-вентрикулярного (АВ) соединения практически одинакова, поэтому, наряду с вазодилатацией, эти препараты урежают ЧСС, замедляют АВ проведение и угнетают сократимость миокарда.

Литература

Goodman and Gilman's , A. The Pharmacological Basis of Therapeutics [Text] : textbook / Goodman & Gilman's A. ; editor L. L. Brunton . - 13 nd ed. - New York : McGraw-Hill Education, 2018.

Аляутдин, Р. Н. Фармакология : учебник. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014.

Фармакология : нұсқаулық = Фармакология : руководство / Г. М. Пичхадзе- М. : "Литтерра", 2017.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. 16.-е издание. перераб., доп. и испр. М. Новая волна. 2017.

Основы фармакологии с рецептурой : учебник / М. З. Шайдаров [и др.]. - Астана : Акнұр, 2014.

ӨОЖ: 615.03:616.72-002.77

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ: СТАТИСТИКАЛЫҚ ДЕРЕКТЕР, ЖЕКЕ ЗЕРТТЕУДЕГІ АУРУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Жумабаев Н.Н С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің докторанты Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы, e-mail: Nurdaulet_phd@mail.ru,

Жакипбеков К.С д. PhD, С.Ж. Асфендияров атындағы «ҚазҰМУ» фармацевтикалық ұйымдастырылуы, басқарылуы және экономикасы және клиникалық фармацевтика кафедрасының меңгерушісі Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы,

Жумабаев Н.Ж фарм.г.кандидаты «ОҚМА», фармацевтика ісін ұйымдастыру және басқару кафедрасының профессоры Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы,

Датхаев У.М фарм.г.докторы, профессор, С.Ж. Асфендияров атындағы «ҚазҰМУ» корпоративтік даму бойынша проректоры, Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы,

Түлемисов С.К д. PhD, «Жаңға Шипа» ЖШС директоры, Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

Ревматоидты артриттің даму себептері бүгінгі күнге дейін белгісіз, дегенмен оның дамуында генетикалық бейімділік, әсіресе қаны бір туыстарда, сирек жағдайда II класстағы белгілі бір антигендер тасымалдаушыда, көп жағдайда HLA-DR1, HLA-DR4 факторлары, экзогендік факторлар: вирустар, бактериалдық суперагенттер әсер етеді. Ең алғаш «ревматоидтық артрит» атауың ағылшын дәрігері Альферд Бэринг Гарро 1859 жылы «Подагра табиғатымен емі және ревматикалық подагра» трактатында енгізген. О.Ж Ландрэ-Бовэ 1800 жылы жарық көрген «Бастапқы астенялық подагра деп аталатын подаграның жаңа түрінің болуына жол беру керек пе» атты еңбегінде ревматоидтық артритке ұқсас ауруды сипаттады. Ж. М. Шарко созылмалы буын ауруларын 1853 жылы диссертациясында сипаттаған [2].

Түйінді сөздер: фармакоэкономикалық бағалау, ГИБП, голimumаб, этанерцепт,

Әлемдік ревматологтар қоғамының көшбасшылары РА берген жаңа анықтамасы бойынша, ревматоидтық артрит - иммуноглобулин G (яғни ревматоидтық фактор) және цитруллинделген ақуызға аутоантиденелер пайда болуымен сипатталатын аутоимундық табиғатты буынның созылмалы қабыну ауруы

[1]. Бүгінгі таңда РА бастапқы кезеңінде емді бастап «нәтижеге жетуге бағытталған ем» (Treat to Target, T2T) курсы ұстанатын болса ауру ремиссиясы немесе аурудың минималды белсенділігіне жетуге болады сол кезде жоғарыда суретте көрсетілген жағдайлар орын алмайды [9]. ҚР - да ревматоидтық ауру әлеуметтік медициналық мәні бар аурулар санатына жатады. РА Ересек адамдарда 0,6 - 1,5% жиілігінде кездеседі. Еуропа мен Солтүстік Америкада РА халықтың 0,5-1% ауру. Зерттеу барысында ҚР ҰЭМ және ДСМ ресімі сауал жіберу арқылы төмендегідей статистикалық көрсеткіштерге ие болдық.

№ 1 кесте - ҚР Ұлттық экономика министірлігі (ҰЭМ), статистика комитетінің 2015-2018 жж РА ауырған науқастар саны бойынша мәліметі көрсеткіштері.

Жас	2015 жыл	2016 жыл	2017 жыл	2018 жыл
14 жасқа дейін	1 902	1 636	2 379	2 260
15-17 жас	550	619	615	678
18 жас және одан жоғары	45 353	59 678	66 032	67 940

№ 2 кесте - ҚР Денсаулық сақтау министірлігінің Шымкент қаласы бойынша РА ауруы бойынша статистикалық көрсеткіштері ,

Жыл	2018	2019
Абс. Сан	2545	2847
100 мың адамға шаққанда көрсеткіш	259,5	278,4
Жылдық орташа халқының саны	980 600	1 022 628

ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министірлігі, мүгедектердің орталықтандырылған дерекқорына сәйкес Қазақстан Республикасының ревматоидты артрит ауруымен ауырып мүгедектік статусын алған адамдар саны 10 772 адамы құрайды. ГИБД-ды қолдану базистік дәрілерге төзімді топтың өзінде иммунопатологиялық процестің белсенділігін төмендеуі және клиникалық әсерге қол жеткізу әрі өмір сүру сапасын жақсаруы, буындардың зақымдануының рентгенологиялық прогрессін баяулауы анықталған. Барлық ГИБП метотрексатпен үйлестіре қолдану, әдеттегі терапия жағдайында сақталатын ауру белсенділігі бар науқастарда РА ерте кезеңінде ұзақ мерзімді ремиссияға қол жеткізуге мүмкіндік береді [4,5].

Зерттеу барысында әдеби шолуда белгілі болған деректерге көз жеткізу мақсатында Түркістан облыстық клиникалық ауруханасы, ревматология бөлімшесінде емделіп шыққан 206 науқас мәліметтері бойынша зерттеу жүргізілді. Зерттеу нәтижелері келесідей болды негізгі ауру категориясы 40 жастан 59 жасты құрады. Әйелдер ерлермен салыстырғанда басым (172 әйел, 34 ер). Салыстыру барысында әйелдерде орташа жас $45,9 \pm 10,1$ жыл (18-74 жас аралығында), ерлерде $47,8 \pm 10,4$ жыл, (20-69 жас аралығында) 6 ауру ұзақтығы 6 айдан 30 жылды құрады орташа $8,0 \pm 5,5$ жылды қамтиды. Салыстырылған деректерге сәйкес науқастардың 68,5 % аурудың жоғары белсенділігіне ие ал, орташа белсенділік 31,1% құрады. 1 рентгенологиялық саты 5,8 % науқаста, 2 сатылы 39,8 %, 3 сатылы 46,1 % және 8,2 % науқаста 4 сатылы екендігі анықталды ол өз кезегінде эрозивті өзгерістермен және кіші буындарда анкилоздармен сипатталады, терілік васкулит 5 (2,4 %), Рейно синдромымен 3 науқас (1,4 %).

Қорытынды: Қазақстан Республикасында ревматоидты артрит әлеуметтік мәні бар аурулар қатарына жататындығы, бұл аурудың созылмалы сипаты, емдеуге көп қаражатты талап етуі, еңбекке қабілетті жастағы адамдардың мүгедек болуыменен және аурулар саны жыл сайын артыуымен сипатталады. Облыстық клиникалық ауруханасында емделген науқастарды зерттеу барысында негізгі ауру категориясы 40 жастан 59 жасты қамтығаны, РА жиі әйелдер ауратындығы жалпы топтың 83%, ерлерде орташа жас $47,8 \pm 10,4$ жыл, әйелдерде $45,9 \pm 10,1$ жыл, ауру ұзақтығы орташа 8 жыл, науқастардың 68,5 % аурудың жоғары белсенділігіне ие екендігі анықталды. РА ауратын науқастарды базистік препараттар тиімсіздігі байқалып, ГИБТ алған науқастарда ауру ремиссиясы байқалатындығы зерттеу жұмысында айқындалды.

Әдебиеттер

1. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л.Насонова.-ГЭОТАР-медиа, 2011.ст – 752.
2. Ханс кайзер. А.Ж.Ландрэ-Бове (A.J.landré-Beauvais) – действительный автор первого описания ревматоидного артрита. Перевод: Д. А. Иванов-Вызго //холизм и здоровье.-2019.№1 (142).- С.4-20
3. Баймухамедов Ч.Т – Ревматоидный артрит: диагностика. 2019 г с. 10
4. Баймухамедов Ч.Т. соавт. Суставная потология среди жителей мкр «Айкап» // Вестник ЮКМА.- 2019.- № 1(142).- С. 165-168

РОЗНИЧНЫЙ РЫНОК ПОЛИВИТАМИНОВ КАЗАХСТАНА

Жумабаев Н.Н., PhD докторант, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Nurdaulet_phd@mail.ru

Жакипбеков К.С., д.PhD, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, заведующий кафедрой организации, управления и экономики фармации и клинической фармации, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Kairat_phd@mail.ru

Тулемисов С.К., д.PhD, директор ТОО «Жаңға Шипа» Республика Казахстан г. Шымкент

Поливитаминные, низкомолекулярные органические соединения, требуются человеку постоянно в виду участия их в основных биохимических процессах, а поступление их в организм человека обеспечивается преимущественно приемом продуктов питания. Важность некоторых видов еды для предотвращения определённых болезней была известна ещё в древности. Так, древние египтяне знали, что печень помогает от куриной слепоты. Ныне известно, что куриная слепота может вызываться недостатком витамина А.

Ключевые слова: Поливитаминные, лекарственное сырьё, производство лекарств.

Синтезировать и аккумулировать витамины человеческий организм главным образом не способен, и отсутствие или недостаток их в рационе питания человека приводит к развитию гипо или авитаминоза. К гиповитаминозу может привести не только скудная на витамины пища, но и возрастные изменения в организме у детей, подростков и пожилых людей, беременность у женщин, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диеты, стрессы и т.д.

Витамины также непосредственно влияют на нормальное функционирование нервной системы, мышц и других органов и многих физиологических систем организма. От уровня витаминной обеспеченности питания напрямую зависит уровень умственной и физической работоспособности, выносливости и устойчивости организма к влиянию неблагоприятных факторов внешней среды. Из чего можно сделать вывод о высокой потребности в витаминах у населения. К примеру, по данным ВОЗ только по витамину А дефицит испытывают 250 миллионов детей дошкольного возраста. Одним из решений по искоренению дефицита витаминов стало использование лекарственных средств, содержащих витамины.

Для аудита розничного рынка витаминов Казахстана были взяты данные из аналитической базы данных Vi-ORTIS, сформированной из информации о продажах дистрибьюторов в аптечные организации Казахстана.

Объем рынка витаминов за I полугодие 2020 года составил 12,0 млн долларов США и 15,0 млн упаковок. Динамика на рынке витаминов положительная с темпом роста продаж в 10,7% в долларах США по дистрибьюторским ценам и 25,7% в упаковках. Положительная динамика продаж витаминов в денежном выражении, впрочем, не стала свидетельством роста рынка, так как в I полугодии 2019 года объем рынка сократился на 17,4% в долларах США, и достичь уровня объема продаж за тот же период 2018 года не удалось. В натуральном выражении рынок вырос, преодолев незначительную убыль объема рынка в 1,2% в упаковках за I полугодие 2019 года.

Рынок витаминов неоднороден как в ценовом выражении, так и по таким характеристикам, как состав и растворимость. Так, однокомпонентные витамины представлены одним витамином, а многокомпонентные лекарственные средства (поливитаминные) содержат два или несколько витаминов, а также некоторые необходимые микроэлементы. К примеру, препарат «Девит» содержит только витамин D и относится к монопрепарату, а препарат «Неуробекс®» содержит группу витаминов B (Цианокобаламин, Тиамин, Рибофлавин, Пиридоксин и т.д.) и витамин C и является поливитамином. Рынок витаминов, примерно, поделится на две половины в денежном выражении с долей в 53,9% у поливитаминных в долларах США и 46,1% у однокомпонентных препаратов в долларах США.

В натуральном выражении, потребители больше приобретали однокомпонентные витамины, на долю которых пришлось 88,3% продаж в упаковках. Потребление обоих типов витаминов выросло за I полугодие 2020 года. Объем продаж однокомпонентных витаминов вырос на 26,7% в упаковках, а поливитаминных на 18,9% в упаковках. Однако, в денежном выражении рост продаж продемонстрировали только однокомпонентные витамины в размере 25,3% в долларах США. Поливитаминные в денежном выражении остались в I полугодии 2020 года на том же уровне, что и за аналогичный период 2019 года с приростом объема продаж на 0,6% в долларах США. Таким образом, однокомпонентные витамины были драйверами роста рынка. Далее разберем деление витаминов по такому признаку, как растворимость. Витамины делятся на жирорастворимые (A, D, E, K) и водорастворимые (группа витаминов B, C). Данное деление больше относится к однокомпонентным препаратам, так как многокомпонентные препараты в основном либо представляют из себя группу водорастворимых витаминов, либо группу водорастворимых и жирорастворимых витаминов. Потребление обоих типов однокомпонентных препаратов показали рост продаж как в стоимостном, так и в денежном выражении. Объем продаж водорастворимых однокомпонентных витаминов вырос на 25,3% в долларах США и 27,0% в упаковках. Жирорастворимые

однокомпонентные препараты показали сопоставимый темп роста продаж с водорастворимыми витаминами, а именно в 25,4% в долларах США и 20,6% в упаковках.

В ценовом порядке витамины были доступны потребителям со средней ценой от 0,07 в долларах США и выше за одну упаковку. При распределении препаратов в зависимости от цены на ценовые диапазоны, то можно выделить 4 группы: до 1 доллара США, от 1 до 5 долларов США, от 5 до 10 долларов США и свыше 10 долларов США. Основные доли рынка были у ценовых диапазонов от 1 до 5 долларов США и от 5 до 10 долларов США. Впрочем, ценовые диапазоны до 1 доллара США и свыше 10 долларов США отличились высоким темпом роста продаж. В натуральном выражении рынок наиболее представлен препаратами с ценой до 1 доллара США, учитывая долю данных препаратов в 86,6% в упаковках. Все ценовые категории пользовались спросом у населения Казахстана и отличились ростом объема продаж в натуральном выражении. Стоимость витаминов в дистрибьюторских ценах за I полугодие 2020 года на розничном рынке снизилась на 5,0% в долларах США согласно индексу цен, что обусловлено удорожанием доллара США по отношению к национальной валюте на 6,7% по курсу Национального Банка Казахстана. Снижение стоимости витаминов и повышение потребления препаратов в натуральном выражении указывает на увеличение спроса на витамины, как основной тренд на рынке, и незначительное отрицательное влияние ценообразования [1].

Необходимость витаминов для нормальной жизнедеятельности человека и наличие различных факторов, приводящих к их дефициту, указывает на высокую потребность в витаминах в виде лекарственных средств. Аудит розничного рынка витаминов Казахстана показал, что рынок был представлен всеми необходимыми витаминами, как в виде монопрепаратов (жирорастворимых или водорастворимых), так в виде поливитаминов. Основное предпочтение на рынке отдавалось монопрепаратам, таким как витамины С и D, что обусловлено высоким спросом на данные витамины со стороны населения. Спрос на витамин С мог возрасти под влиянием эпидемии COVID-19 в Казахстане.

Список литературы:

1. Д.С. Батыров, Казахстанский фармацевтический вестник» №20 (596), октябрь 2020 г
2. Базы данных Vi-ORTIS

MORUS ALBA L. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Жумабаев Н.Н., PhD докторант, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Nurdaulet_phd@mail.ru

Жакипбеков К.С., д.PhD, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, заведующий кафедры организации, управления и экономики фармации и клинической фармации, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Kairat_phd@mail.ru

Тулемисов С.К., д.PhD, директор ТОО «Жаңа Шипа» Республика Казахстан г. Шымкент

Morus Alba l. (Шелковица) издавна применяется в народной медицине многих стран, например в китайской – кору корней использовали при гипертонии, бронхите; кору веток как ранозаживляющее и при болезнях сердца; листья как жаропонижающее; свежий сок соплодий при лихорадочных состояниях для понижения температуры, почечной недостаточности и импотенции [1]. Согласно восточной медицине шелковица продлевает жизнь. Народная медицина Грузии рекомендует незрелые плоды шелковицы черной при диарее, а настойку из спелых ягод как потогонное и мочегонное при простуде В тибетской медицине шелковицей, в основном соплодиями, очищают кровь, лечат селезенку, печень, ее также используют для рассасывания опухолей в горле, на языке, гортани, снимают воспаление, дают влагу головному мозгу и т.д. Главный рецепт от знахарей при анемии – есть шелковицы столько, чтоб глаза ее не хотели видеть. **Ключевые слова:** *Morus Alba l.* шелковица, тутовник, лекарственное сырье, производство лекарств.

Химический состав *Morus Alba l.*: в соплодиях шелковицы содержится большое количество полезных веществ: около 20% сахара (мальтоза, глюкоза, фруктоза), органические кислоты (лимонная и яблочная), эфирные масла, высшие кислоты, комплекс витаминов С, Е, А, К, РР, В₁, В₂, В₆, В₉, каротин, пектин и дубильные вещества, а также – растительного антиоксиданта – ресвератрола. Наряду с этими веществами в соплодиях шелковицы присутствует рибофлавин, пантотеновая кислота, пиридоксин, фолиевая кислота, токоферол, аскорбиновая кислота, холин. В шелковице найдены макроэлементы: кальций, натрий, магний, фосфор, калий) и микроэлементы (цинк, селен, медь, железо). В семенах шелковицы обнаружено жирное масло [2].

Фармакологические свойства: высокое содержание биологически активных веществ обуславливает лечебные действия шелковицы. Соплодие нормализует обмен веществ, улучшает зрение и кроветворение, повышает уровень **гемоглобина**, обладает мочегонным, противовоспалительным, отхаркивающим, антибактериальным, вяжущим, мочегонным, потогонным, антисептическим, антиоксидантным и

сахаропонижающим свойствами. Свежие соплодия благотворно воздействуют на миокардиодистрофию, расстройства иммунной системы, сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям, очищают кишечник и выводят шлаки из организма, предотвращают раннее старение кожи. Сироп из соплодий шелковицы белой способствует разжижению мокроты при кашле. Недозрелые соплодия обладают вяжущим, созревшие – мочегонным, а перезревшие – слабительным свойствами. Листья и сок из соплодий шелковицы черной обладают ранозаживляющими и бактерицидными свойствами. Отвары из почек и листьев регулируют углеводный и жировой обмен, вызывают усиленное потоотделение при простудных заболеваниях [4]. Настойка из листьев и отвар коры обладают анальгетическим, гипогликемическим, седативным, противовоспалительным свойствами. Наибольшее применение находят соплодия шелковицы, которые используют как общеукрепляющее средство, при анемии, дискинезиях желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу, тяжелых энтероколитах, дисбактериозах и дизентерии, а также для лечения сахарного диабета как сопутствующее или вспомогательное средство по рекомендации врача. Соплодия употребляют как мочегонное средство для устранения отечности у беременных, при почечных и сердечно-сосудистых заболеваниях. Кроме того, соплодия шелковицы как вспомогательное средство рекомендуют употреблять женщинам и мужчинам в климактерический период для снятия неприятных ощущений в этот сложный период жизни. Сироп из соплодий шелковицы применяют при коликах в почках и как отхаркивающее средство при кашле, как противовоспалительное средство при фарингитах, стоматитах, ларингитах и как укрепляющее при крапивнице и скарлатине. Ее можно применять также для лечения лишая. Кровоостанавливающие свойства сиропа используют при послеродовых и маточных кровотечениях. Свежие соплодия шелковицы рекомендуются при проблемах желудка и заболеваниях сердца (одышка, ноющие боли в грудной клетке), ишемической болезни, аритмии, тахикардии, для восстановления работоспособности сердца, атеросклерозе, а соки и сиропы – в качестве потогонного средства. При пороке сердца и миокардиодистрофии рекомендуется употребление свежих соплодий шелковицы в большом количестве. Зрелые соплодия являются отличным слабительным, применяются при запорах, а зеленые – при диарее. Настой соплодий или сок, разведенный водой, также применяются для полосканий полости рта при воспалительных заболеваниях горла. Его рекомендуют принимать при затяжном кашле и пневмонии. Отвары и настой коры корней используют также при бронхиальной астме, бронхите, гипертонии как мочегонное средство, а также от болей в желудке и кишечнике. Настойку из корней и коры шелковицы применяют при лечении тяжелых ожогов, гнойных ран, язв, экзем, псориаза и дерматитов. Порошок из коры в смеси с маслом применяют для заживления ран, порезов, язв и от ушибов [5]. Настои и отвары листьев принимают при лихорадке для снижения температуры, при желудочно-кишечных проблемах, воспалении легких и бронхов. Настойку из листьев шелковицы используют для снижения сахара в крови при диабете и для понижения кровяного давления. Наружно для лечения суставов и невралгии применяют кашлицу после приготовления сиропа из соплодий.

Список литературы

1. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки III том Ташкент, 1996.
2. Алиев Х.А., Мукайлов М.Д. Субтропические плоды - ценное сырьё для производства продуктов питания функционального назначения. Обзор - Субтропическое и декоративное садоводство 2017, 61, 9-15.
3. Амасиасы Амирдовлат Ненужное для неучей М., Наука 1990.
4. Бабаджанова З.Х., Кароматов И.Д., Жумаев Б.З., Алымова Д.К. Шелковица, тут: применение в древней, современной народной и научной медицине (обзор литературы) – Молодой ученый, 2015, 7, 256-266
5. Базиян Х.А. Ягоды туты как лечебное средство - Вопросы питания 1959, 5, 81-82.

ӘОЖ: 615.03:616.72-002.77

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИ КЕЗІНДЕ ГЕНДІК ИНЖЕРЕЛІК БИОЛОГИЯЛЫҚ ДӘРІЛЕРДІ ҚОЛДАНЫЛУЫНА ӘДЕБИ ШОЛУ

Жумабаев Н.Н., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің докторанты Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы E-mail: Nurdaulet_phd@mail.ru,

Жакипбеков К.С. д.Филос., С.Ж. Асфендияров атындағы «ҚазҰМУ» фармацевтикалық ұйымдастырылуы, басқарылуы және экономикасы және клиникалық фармацевтика кафедрасының меңгерушісі Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы,

Жумабаев Н.Ж. фарм.г.кандидаты «ОҚМА» фармацевтика ісін ұйымдастыру және басқару кафедрасының профессоры Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

Түйін: Элем елдерінде ревматоидты артритпен ауратын науқастарда гендік инженерлік биологиялық препараттардың қолданылу тиімділігіне фармакоэкономикалық шолу жасалынды.

Ревматоидты артрит – белгісіз этиологиялы мультифакториалдық аутоиммунды ауру [1]. Шетелдік жарияланымдарға шолу жасау барысында PubMed деректер қоры арқылы ақпараттық іздеу жүргізілді. Іздеу нәтижесінде «Rheumatoid arthritis pharmacoeconomic» іздеу сұранысы бойынша 472, «Rheumatoid arthritis cost- effectiveness» - 905 жариялым табылды. Осы деректер базасына сәйкес РА терапия схемаларын фармакоэкономикалық (бұдан әрі - ФЭК) зерттеу 1976 жылдан бастау алады. ГИБП байланысты негізгі ФЭК зерттеу 1998 жылы, фармацевтикалық нарыққа Инфликсимаб және Этанерцепт дәрілерінің шығуына байланысты болды. Шетелдік зерттеулерде, РА кезінде түрлі медициналық қызметтерге, скринингке, стационарлық ем, тікелей емес медициналық шығындар, "шығындарды азайту", "шығындардың тиімділігі", "шығындардың пайдалылығы" "шығын мен нәтиже" сияқты фармакоэкономикалық талдау әдістері талданды.

Кілт сөздер: фармакоэкономикалық бағалау, ГИБП, голимумаб, этанерцепт, адалимумаб, тоцилизумаб.

Ревматоидты артритті емдеуде қолданылатын ГИБП, ауру ағымын он бағытқа өзгеруіне орсан зор ықпал етуде, және бұл препараттардың элем елдерінде қолдану көрсеткіші және фармакоэкономикалық тұрғыдан ұтымдылығына арналған бірнеше ауқымды зерттеулер жүргізілген солардың бірі ATTRACT (Anti-TNF Therapy in Rheumatoid Arthritis patients on Concomitant Therapy) зерттеуінде РА бар науқастарда инфликсимаб + метотрексат қосарланған терапиясындағы әсерін бағалады [2]. Зерттеуге 428 РА зардап шегетін науқас қатысты, қатысушылар екі топқа бөлінді, бірінші топ плацебо мен МТ қабылдағандар, екінші топта ИНФ 3 мг/кг немесе 10 мг/кг әр 4 немесе 8 апта сайын ИНФ пен МТ 102 апта бойы қабылдағандар. Құрылымдық зақымданулар Vander Heijde модификациясында Sharp әдісі бойынша бағаланды. Алғашқы аптамен салыстырғанда 102 аптада эрозия және буын саңылауларының тарылуы көрсеткіші 2 топта айрықша байқалды. ATTRACT зерттеуінің қорытындысында ИНФ пен МТ бірге қолдану РА бар емделушілерде құрылымдық зақымданудың прогрессиясын тежейтіндігі анықталды. SWEFOT зерттеуінде МТ монотерапиясы және ИНФ және МТ терапиясымен емдеудің 1-ші жылында салыстыру нәтижесінде ИНФ және МТ қабылдаған науқастарда рентгенологиялық прогрестелуі көрсеткіші айқын байқалған [5]. ГИБП фармакотерапиясына жұмсалған шығындардың тиімділігін талдау 1999 жыл наурыз айынан 2004 жылдың қантар айы аралығындағы 949 РА ауыратын науқастарды қамтыған, Kristensen (2006, Швеция) зерттеуінде көрініс тапты [9]. Зерттеу барысында клиникалық практикада дәрілік заттар тиімділігінің сондай ақ емдеу бейімділігі мен ауру көріністерінің төмендеуі ескерілетін жаңа кешенді критеріі - LUNDEX индексі әзірленді. Бұл индекс ұзақ мерзімді әртүрлі терапияның ұтымдылығын салыстыру үшін жасалынған. Зерттеу барысында авторлар 12 айдан кейін этанерцепт қабылдағандарда LUNDEX көрсеткіші 55% ал инфликсимабта 55 % құрады. 24 айдан кейін этанерцепт қабылдағандарда LUNDEX көрсеткіші 48 % ал инфликсимабта 36 % құрады. Үш жылдан кейін инфликсимабты қабылдай бастаған пациенттердің тек 45% ғана осы емді ұстанады, этанерцепт үшін үш жылдан кейін бұл шама 70% құрады. РА емдеуде қолданылатын ГИБП ең ірі ФЭК зерттеудің бірі RABBIT (Ревматоидты артрит: 2001 жыл мамыр айынан 2011 ж мамыр айы аралығын қамтыған, биологиялық препараттармен емдеу барысын бақылау негізінде зерттеу). Бұл зерттеу 250 ден астам ревматолог дәрігерлер мен 5000 – нан астам РА ауыратын науқастарды қамтыды. Зерттеу барысында Этанерцепт, Инфликсимаб, Анакинра, Адалимумаб, Ритуксимаб, Абатацепт дәрілері салыстырылды [5]. 2016 жылы РФ «Сапалы клиникалық практика» журанлындағы Зырянов С.К., Чеберда А.Е., Белоусов Д.Ю. « МТХ Актема үйлестіріп қабылдаудағы фармакоэкономикалық талдау » атты зерттеу жұмысында жарияланған мағұматтарға сүйенсек ФЭК тұрғыдан Тоцилизумаб шығын тиімділігі бойынша ең аз көрсеткішті көрсетті 28 525 007 руб. Тоцилизумаб және екінші салыстырмалы препарат 30 898 104 руб. Адалимумаб үшін. Бұл ретте тоцилизумаб клиникалық тиімділік шеңберінде да адалимумабтан асып түсті. Бұл тоцилизумабтың ремиссияға қол жеткізумен емделушілердің ең көп санымен байланысты сонымен бірге шығындардың ең жоғары тиімділігін көрсетеді. "Бюджетке әсерді" талдау РА

(246 пациент) таралуын ескере отырып, 100 мың халыққа шаққанда тоцилизумабты қолдану біріктірілген ем алатын пациенттер үшін адалимумабпен салыстырғанда бюджеттік ауыртпалықтың 4,8% - ға және монотерапия алатын пациенттер үшін 3,98% - ға төмендеуімен байланысты екенін көрсетті. Бұл 35 575 400 руб үнемдеуді қамтамасыз етті. ГИБП- ға ФЭК талдау 2018 жылы Польша мемлекеті, дәрігер Жан Бизель атындағы университеттік клиникада жүргізілген. Аталған зерртеуге науқастар 24 ай бақылауда болып, үш топқа бөлінді, бірінші топқа инфликсимаб қабылдағандар – 43 науқас, Этанерцепт – 27, және Адалимумаб – 34 науқас. Фармакоэкономикалық талдау барысында тікелей және жанама медициналық шығындарды қамтыды. Зерттеу нәтижесі Адалимумабпен емдеу ең қымбат одан кейінгі орында Этанерцепт және Инфликсимаб екені анықталды. ГИБП қымбат екенің ескере отырып авторлар, РА ауартын науқастардың осы препараттарға қол жетімділігін қамтамасыз ету үшін Польша нарығына Ремикейд пен Энбрел секілді препараттардың, Бенепали және Эрелзи джинеириктерін нарыққа шыққандағы бағаларының түсуі байқалғандағыдай, басқада ГИБП джинеириктері көптеп нарыққа шығатын болса баға қол жетімді болатының анықтады [4].

Қорытынды: Зерттеу жұмысында көрініс тапқан ҚР орташа жалақы көрсеткішті есепке алсақ, ГИБТ мұқтаж науқастардың ГИБП сатып алуға қауқарсыз екендігі анықталды, осы орайда үкімет тарапынан ГИБП үлестірудің тиімді үлгісі қалыптастырылуы керек, мысалы Польша мемлекетінде фармацевтикалық нарыққа жаңа бенепали және эрелзи ДЗ келуі басқа ГИБП препараттарының құнының түсуіне ықпал етті. Израиль елінде ГИБП сатып алуда белгілі бір топтағыларға ДЗ 30% 50% құнының мемлекет төлейді сол арқылы ГИБТ алушылар саны көп бұл өз кезегінде алдағы таңда бұл аурулардың мүгедектіктен, стац және амб көмекті аз алудан, өмір сапасының жақсаруынан көрініс табады.

Әдебиеттер

- 1.Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л Насонова.- ГЭОТАР-медиа, 2011.ст – 752.
- 2.Ханс кайзер. А.Ж.Ландре-Бове (A.J.landré-Beauvais) – действительный автор первого описания ревматоидного артрита. Перевод: Д. А.Иванов- Вызго //холизм и здоровье.-2019.№1 (142).- С.4-20
- 3.Баймухамедов Ч.Т – Ревматоидный артрит: диагностика. 2019 г с. 10
- 4.Б.Г. Исаева, М.М. сапарбаева, В.Б. Хабижанова, Г.Х. Габдулина, Г.С. Есиркепова Г,

MORUS ALBA L. КАК ЛЕЧЕБНОЕ СРЕДСТВО ДРЕВНЕЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ЖумабаевН.Н PhD докторант, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Nurdaulet_phd@mail.ru

Жакипбеков К.С д.PhD, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, заведующий кафедры организации, управления и экономики фармации и клинической фармации, Республика Казахстан г. Алматы E-mail: Kairat_phd@mail.ru

Жумабаев Н.Ж кандидат.фарм.наук, «ЮКМА» профессор кафедры организации и управления фармацевтического дела Республика Казахстан г. Шымкент,

Тулемисов С.К д.PhD, директор ТОО «Жаңа Шипа» Республика Казахстан г. Шымкент

Morus Alba L. (Шелковица белая, Тутовник) относится к семейству тутовых (Moraceae). Деревья этой культуры достигают высоты 18–20 метров. Цветёт в апреле — мае, плоды созревают в мае — июне. Соплодия состоят из семян с разросшимся околоцветником, длиной до 4 см, цилиндрические, белые или окрашены в розовый или красный цвет. Вкус приторно сладкий. Они съедобны в свежем виде (белые, мягкие и от лёгкого трясения ветки падают на землю), их можно сушить и сбраживать в вино; вкус по насыщенности уступает чёрной шелковице. Шелковица белая происходит из восточных районов Китая, где она культивируется уже около четырёх тысяч лет в качестве корма для тутового шелкопряда. Из Китая шелковица распространилась в Среднюю Азию, Казахстан (Туркестанская и Алматинская область), Северную Индию, Пакистан, Иран. Примерно в VI веке появилась в Грузии, в Европе известна с XII века, в Америке — не раньше XVI века [5].

Ключевые слова: *Morus Alba L.* шелковица белая, тутовник, лекарственное сырьё, производство лекарств.

Morus Alba L с глубокой древности используется в лечебных целях. *Morus Alba l* с успехом используется в современной фитотерапии. Химический состав растения. В ягодах содержатся в большом количестве сахара; органические кислоты - яблочная, лимонная; пектины; дубильные; зольные и красящие вещества; витамины С, В, РР; тригонеллин; каучук – [1]. ягоды также содержат большое количество железа, калия, кальция. Также определены изопрениловые флавоноиды сангвенол, цикломорусин, морусин, мулберрофуран G, санггенол L, N, цикломулберрин, циклокоммунол и урсоловую кислоту – [2]. Определе-

ны алкалоиды - мулбаины, В, С аминокислоты . Также определены (\pm)- цикломорозин, 14-метоксидигидроморозин, артоиндонесианин О, изобавахалкон, морахалкон, кверцетин, астрагаллин, изокверцетин, рутин [8], пирролевые алкалоиды - морролы В. Плоды обоих видов шелковиц содержат линолеиновую, пальмитиновую, олеическую, стеариновую кислоты - [8]. Плоды черной шелковицы содержат 2-аробензофурановые производную морнигрол D, флавоны, морнигрол G и H, норартокарпетин, дигидрокемпферол, албанин, албанин E, морацин M, албафуран C. В общем, черные плоды содержат больше биологически активных веществ, чем белые – [8]. Листья белого тутовника содержат флаваны , флавоноиды, производные арилбензофуранов – морацинов, производные арилбензофурана морацинфузол, морацинфузол В, лектины изобавахалконы, генистеин, норартокарпеин, албанин, квагсангон E, муллберрофуран F, халкоморацин, куванон J, морусалболы B(1 и 2). Кора шелковицы черной содержат пентагидроксицис-стилбен, ресвератрол, оксиресвератрол, норартокарпетин, куванон C, морусин, кудрафлаван, куванон G, албафуран C, муллберрофуран G, 3-О-ацетил- β -амирин, 3-О-ацетил- β -амирин, урсольной кислоты-3-О-ацетат, уваол – [5]. В корнях тутовника, как белого, так и черного определены флавоноид моралбанон, куванон S, муллберозид C, цикло-моризин, эудрафлаван В гидропероксид, оксидигидроморизин, леачианон G и α -ацетиламирин. Плоды делают тело упитанным, увеличивают потенцию, жир почек, гонят мочу, размягчают внутренности и все уплотнения. Они понижают давление крови и являются лекарством от краснухи. Листья шелковицы, сваренные в дождевой воде и применённые наружно, делают волосы черными.

Плод *Morus Alba l* назначают при лечебном питании больных железодефицитной анемией - в плодах тут концентрация железа достигает 6% - [5]. Получены положительные результаты применения кислых сортов шелковицы при гипоацидных гастритах, холециститах, дизентерии, дисбактериозах. Экспериментальные исследования показали, что морусин шелковицы может служить терапевтическим средством при хронических колитах – [5]. Плоды черной шелковицы обладают гастропротективными свойствами – [1].

Экспериментальные исследования показали, что экстракты *Morus Alba l* оказывают прокинетиическое, слабительное, антидиарейное воздействие, посредством воздействия на мускариновые, холиновые рецепторы. Плоды *Morus Alba l* обладают выраженными антидиабетическими свойствами, защищают островки Лангерганса от повреждающих факторов – [4]. Антидиабетическими свойствами обладают антоцианы *Morus Alba l* [8]. Фенольные вещества плодов шелковицы ингибируют α -глюкозидазу, оказывают гипогликемическое воздействие.

Экспериментальные исследования показали, что муллберозиды белой шелковицы оказывают нейропротективное воздействие, предупреждают гибель нервных клеток при ишемии – [8]. Плоды белой шелковицы предупреждают развитие симптомов при болезни Паркинсона. Экстракты веток белой шелковицы оказывают противовоспалительное воздействие при воспалительных заболеваниях нервной ткани. Цианидин-3- гликозид плодов шелковицы оказывает выраженное нейропротективное воздействие. Листья тутового дерева обладают нейропротективными свойствами и рекомендуются для лечения нейродегенеративных заболеваний - болезни Альцгеймера, Паркинсона . Экстракты коры корней тутовника обладают антихолинэстеразной активностью, перспективны как профилактические терапевтические агенты при болезни Альцгеймера. Экспериментальные исследования показали, что морусин предупреждает ухудшение памяти под воздействием алюминия хлорида. Потребление ягод черной шелковицы, благодаря антиоксидантным свойствам уменьшают нарушения когнитивных функций при старении. Экстракты листьев белой шелковицы защищают нервную ткань от повреждающего действия глюфосата. Водные настои, отвары листьев, коры, достоверно понижают концентрацию сахара крови, и потому успешно могут быть применены при лечении сахарного диабета Потребление плодов белой шелковицы выражено увеличила рАМРК - активирующая протеинкиназу и уменьшила уровни глюкозы 6-фосфатазы и фосфоэнолпируват карбокиназу в печени, тем самым оказывая гипогликемическое воздействию, улучшая чувствительность инсулина, ингибирования глюконеогенеза в печени – [5].

Указанные выше данные свидетельствуют о перспективности использования плодов *Morus Alba l* в качестве ингредиентов для композиции, применяемых в медицинской, фармацевтической, и других отраслях промышленности.

Список литературы:

1. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки III том Ташкент, 1996.
2. Алиев Х.А., Мукайлов М.Д. Субтропические плоды - ценное сырьё для производства продуктов питания функционального назначения. Обзор - Субтропическое и декоративное садоводство 2017, 61, 9-15.
3. Амасицы Амирдовлат Ненужное для неучей М., Наука 1990.
4. Бабаджанова З.Х., Кароматов И.Д., Жумаев Б.З., Алымова Д.К. Шелковица, тут: применение в древней, современной народной и научной медицине (обзор литературы) – Молодой ученый, 2015, 7, 256-266
5. Базиян Х.А. Ягоды туты как лечебное средство - Вопросы питания 1959, 5, 81-82.

ПОИСК НОВЫХ АНТИАГРЕГАНТОВ, АНТИКОАГУЛЯНТОВ И АНТИОКСИДАНТОВ В РЯДУ ТИЕТАНИЛПИРАЗОЛОВ

Шепилова С. О., Макарова Н. Н., Баширова Л. И., г. Уфа, Россия, nmm16@yandex.ru

Научные руководители: Клен Е. Э., д.фарм.н., профессор кафедры фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, г. Уфа, Россия

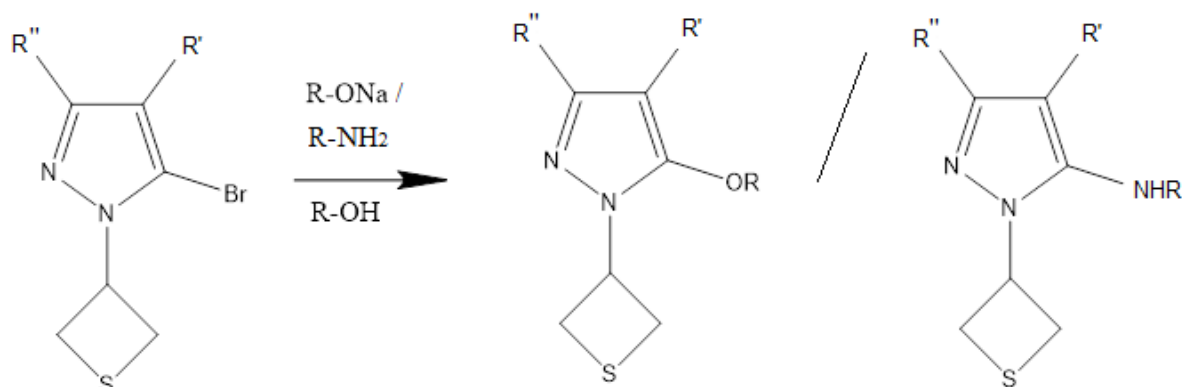
Самородов А. В., д.м.н, профессор кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии, г. Уфа, Россия

Пиразол и его производные обладают широким спектром биологической активности. В настоящее время в медицине применяются цефекоксиб и метамизол-натрия, обладающие противовоспалительным и болеутоляющим действием [1]. Кроме того, среди соединений, содержащих в своей структуре пиразольный цикл, найдены вещества с противомикробной (антибактериальной, противовирусной, антипротозойной и противогрибковой), противоопухолевой, противодиабетической и противопаркинсонической активностью [2]. Поэтому синтез новых производных пиразола, содержащих тиетановый цикл, и поиск среди них биологически активных веществ с целью создания на их основе новых лекарственных препаратов является актуальным.

На кафедре фармацевтической химии Башкирского государственного медицинского университета проводятся систематические исследования по изучению реакций азотсодержащих гетероциклов с 2-хлорметилтираном и синтезу новых тиетанилазолов. В продолжение исследований нами были синтезированы новые тиетанилпиразолы, содержащие в положении 5-алкокси- или амино-группу, и изучены их антиагрегационная, антикоагуляционная и антиоксидантная активности в исследованиях *in vitro*.

Новые 5-алкокси- и 5-аминотиетанилпиразолы синтезированы в ходе реакции нуклеофильного замещения при взаимодействии 5-бромтиетанилпиразолов с алкоголями натрия или аминами в спирте (Схема 1).

Схема 1



Оценку влияния синтезированных веществ на агрегацию тромбоцитов проводили по методу Born (Born G. G. V. Nature (London).-1962 .-V.194.) на агрегометре "АТ02" (НПФ "Медтех", Россия). В качестве индукторов агрегации использовали аденозиндифосфат (АДФ) и коллаген. В ходе исследования регистрировали максимальную амплитуду агрегации, скорость агрегации, время достижения максимальной амплитуды и дезагрегацию в присутствии изучаемых соединений при агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ. При коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов оценивали латентный период, во время которого происходит активация фосфолипазы С (что приводит к образованию вторичных посредников, вследствие чего развивается секреция тромбоцитарных гранул и синтез тромбоксана А₂).

В ходе проведенных исследований установлено, что все тестируемые соединения обладают антиагрегационной активностью, степень выраженности которой у некоторых производных тиетанилпиразола превосходила значения, полученные для препаратов сравнения (пентоксифиллина и ацетилсалициловой кислоты).

Определение антикоагуляционной активности синтезированных соединений проводили с использованием клоттинговых тестов на оптическом двухканальном автоматизированном анализаторе свертывания крови АСКа 2-01-"Астра" (НПЦ "Астра", Россия). В ходе исследований определяли активированное парциальное тромбластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ) и концентрацию фибриногена по А. Clauss.

В результате проведенных исследований у тестируемых веществ выявлено наличие различной степени выраженности влияния на плазменный компонент системы гемостаза, проявляющееся изменением

показателя внутреннего пути свертывания крови – АПТВ. Следует отметить отсутствие действия синтезированных тиазилпиразолов на показатель концентрации фибриногена и ПВ.

Антиоксидантные свойства соединений оценивали в простых модельных системах, имитирующих наиболее распространенные реакции свободно-радикального окисления в организме и в средах, в которых инициировалось образование активных форм кислорода и реакции перекисного окисления липидов. Регистрацию свечения проводили на хемиллюминомере «ХЛМ-003» (Россия). Антиоксидантная активность определялась по степени угнетения хемиллюминесценции и пересчитывалась в процентах от контроля. В качестве препарата сравнения была выбрана аскорбиновая кислота. Для выявления активных форм кислорода использовали люминол (5-амино-2,3-дегидро-4-фталазиндион), который окисляется и образует электронно-возбужденные карбонильные хромофоры с высоким квантовым выходом, в результате чего резко повышается интенсивность свечения, связанного с образованием активных форм кислорода.

В ходе проведенных исследований установлено, что все тестируемые соединения обладают антиоксидантной активностью, степень выраженности которой у некоторых производных тиазилпиразола превосходила значения, полученные для препарата сравнения (аскорбиновой кислоты).

На основании полученных результатов исследований *in vitro* можно заключить, что среди новых тиазилпиразолов, содержащих в положении 5 алкокси- или амино-группу, найдены перспективные в плане создания на их основе новых лекарственных препаратов соединения, обладающие антиагрегационной, антикоагуляционной и антиоксидантной активностью.

Список литературы

1. Министерство здравоохранения РФ. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> (Дата обращения 19.11.2020).
2. Synthesis and Pharmacological Activities of Pyrazole Derivatives: A Review. Karrouchi K, Radi S, Ramli Y, et al. // Molecules. 2018. V 23, №1. P. 134.

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯДА ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Алимбатыров М.Р., 3 курс, фармация, Қарағанды, Қазақстан, alimbatyrov2000@mail.ru
Қарағанды медицина университетінің студенті

Романова А. Р., клиникалық фармакология және дәлелді медицина кафедрасының оқытушысы,
Қарағанды

Мақалада артериялық қан қысымының жоғарлауы кезінде тиімді әсер ететін дәрілік өсімдіктер туралы жазылған. Олардың организмге әсері мен қасиеттеріне сипаттама келтірілген. Соның ішінде спазмолитикалық, тыныштандырғыш және зәр айдағыш қасиеттерін ескеріп тұнба жасау туралы айтылған. Емдеу кезеңі 21 күн, 7 күндік демалыспен 3 айға созылады.

Клт сөздер: гипертензия, өсімдіктер: шайқурай, салаубас, қайың бүршіктері, түймедақ, әсерлер.

Гипертензиялық ауру қазіргі уақытта өте кең таралған. Ол артериялық қысымның жоғарылауымен сипатталады, бұл ішкі органдар мен зәр шығару, жүйке және жүрек-қан тамыр жүйелерінің бұзылуына ықпал етеді. Гипертониялық ауру кезінде артериялық қысымның шегі 140/90 мм. сын. бағ. жетеді [1].

Фитотерапия қосымша емдеу әдісі ретінде дәрігермен тағайындалған негізгі емдеумен қатар қолданылады. Ең алдымен, аурудың нақты себебін анықтау қажет. Гипертонияны кешенді емдеу үшін спазмолитикалық, тыныштандыратын және диуретикалық әсері бар дәрілік шөптерден тұратын препараттарды қолдануға болады [2]. Барлық тұнбалар мен ерітінділер 3 апта бойы қабылданады, содан кейін бір апталық үзіліс жасалады. Фитотерапияның жалпы курсы кемінде 3 айды құрайды. Ең тиімді рецепт 4 түрлі фитотерапиялық препараттардан жасалған. Оларға: шайқурай, салаубас, түймедақ және қайың бүршіктері жатады. Құрамы келесідей:

Нурегісі 1 шәй қасық,

Helichrysi arenarii sicci 1 шәй қасық,

Flores Chamomillae 1 шәй қасық

Gemmae Betulae 1 шәй қасық,

Aqua purificata 750 ml

M.D.S. Тұнбаны тамақтанудан жарты сағат бұрын күніне 2 рет қабылдау керек.

Түймедақ гүлдері қабынуға қарсы қасиетке ие – олар ішек микрофлорасын қалыпқа келтіреді, нәжісті тұрақтандырады. Бұл өсімдік тиімді адсорбент ретінде танылған – организмнен токсиндерді "жинайды"

және шығарып тастайды. Салаубас көбінесе өт қабының ауруларын емдеуде қолданылады. Ол бұлшықеттерді босаңсытады және өт шығаруды белсендіреді, өт тастарының пайда болуына жол бермейді. Салаубас иммундық жүйеге өте пайдалы әсер етеді. Шәйқурай ағзаға жан – жақты әсер етеді. Асқазан-ішек жолдарының жұмысын жақсартады, спазмолитикалық әсерге ие. Ең бастысы – шайқурай барлық мүшелерде қан айналымын арттырады. Түймедақпен бірге ол күшті микробқа қарсы әсерге ие және қабыну процестерін тоқтатуға мүмкіндік береді. Қайың бүршіктері авитаминоздың дамуына жол бермейді, организмдегі метаболикалық процестерді белсендіреді және токсиндердің тез шығарылуына ықпал етеді[3].

Салаубас, шәйқурай, қайың бүршіктері, түймедақ гүлдерінен жиналған жинақ организмге оңтайлы әсер етеді. Бастысы дайындау технологиясын дұрыс жүргізу және дұрыс қолдану.

Әдебиеттер

1. Фармакогнозия. Дәрілік өсімдіктер. Оқу құралы; Мәскеу, 2016.97.
2. Самылина И. А. Дәрілік өсімдіктер және азық-түлік өнімдері медицинада. Ғылым, Мәскеу, 2015
3. Муравьева Д. А. Фармакогнозия; Медицина - М., 2017.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕМЕНТОЛЬНЫХ СОРТОВ МЯТЫ

Жученко Е.В. – аспирантка кафедры «Общая и клиническая фармакология, Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза, Россия, lenochek_zhuchenko@mail.ru

Семенова Е. Ф. – профессор кафедры фармации Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, Симферополь, Республика Крым, профессор кафедры агротехнологий Института развития города Севастопольского государственного университета, Севастополь, Россия, к.б.н., с.н.с., sef1957@mail.ru

Мята *Mentha L.* – многолетнее травянистое растение, принадлежит семейству губоцветных *Lamiaceae (Labiatae)*. Корневище горизонтальное, ветвистое. Стебли могут быть высотой от 60 до 100 см. Все растение имеет характерный «мятный» запах. Цветет с конца июня до сентября. В природе произрастают более 25 видов и разновидностей, но только определенные культивируемые формы данного растения используются в медицине. В качестве лекарственного сырья применяется трава мяты, собранная в фазе «начало цветения» [1, 2].

В последние годы в связи с появлением резистентных бактерий и медленным прогрессом в разработках новых антибиотиков ведётся поиск эфирных масел, которые могут быть предложены для лечения инфекций человека. Поэтому актуален поиск и разработка новых фармацевтических субстанций, обладающих бактерицидным и бактериостатическим действием. Нами показано, что эфирные масла нементольных сортов мяты обладают антимикробными эффектами в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий для человека [3, 4]. В связи с этим целесообразно проведение сравнительного макроскопического анализа как составной части фармакогностического анализа сырья производящих растений мятных масел с нетрадиционным составом.

Объектами исследования являлись образцы сырья – трава нементольной мяты Бергамотной (линалоольно-линалилацетатного направления), Оксамитовой (линалоольно-линалилацетатного направления), Прилуцкой карвонной (карвонного направления), выращенные и заготовленные в период с 2013 по 2018 годы в Научно-исследовательском институте сельского хозяйства Крыма [5, 6].

Таблица 1. Компонентный состав исследуемого сырья нементольных сортов мяты

Сорт	Массовая доля основных компонентов, %			
	линалоол	линалилацетат	карвон	лимонен
Бергамотная	62.29	26.55	0.36	0,6
Оксамитовая	81.20	3.11	0.35	0,9
Прилуцкая карвонная	0.62	0.16	60.41	21.68

Макроморфологический анализ образцов проводили путем прямого измерения размеров травы мяты. Наблюдали и анализировали окраску, форму, опушенность, особенности листьев в соответствии с общепринятыми методиками.

Таблица 2. Характеристика надземной части (трава) мяты нементольных сортов

Сорт	Высота, см	Венчик	Форма листовой пластинки	Край листа	Цвет листа	Опушение стебля
Бергамотная	50-60	светло-лиловый с размытым лиловым рисунком на губе	широко-яйцевидная	пильчатый	светло-зеленый	слабое
Оксамитовая	60	белый с фиолетовым рисунком на губе	эллиптическая	зубчатый	светло-зеленый	волосистое
Прилуцкая карвонная	до 70	белый с фиолетовым рисунком на губе	яйцевидная	пильчатый	светло-зеленый	волосистое

Высота различных сортов мяты составляет в среднем от 50 до 70 см.

Цвет венчика варьирует от белого с фиолетовым рисунком (83 % образцов) до светло-лилового (17% образцов). По форме листовой пластины растения разделяются на три группы: с широкояйцевидной, эллиптической, яйцевидной (по 33% образцов) формой листовой пластинки. По показателю «край листа» культивируемые формы мяты также делятся на две группы: пильчатый (83 % образцов) и зубчатый (17% образцов). Изученные сортовые формы мяты имеют различное опушение: коротковолосое (17% образцов), волосистое (83 % образцов).

Морфологический анализ травы нементольных форм мяты позволяет выявить среди них различия, на основании которых могут быть определены характерные признаки и особенности растения с целью идентификации его среди других сортов данной культуры. Полученные данные могут быть использованы при разработке нормативной документации на лекарственное растительное сырье нементольной мяты.

Литература

1. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. - XIII – изд. – Т.3. – Москва, 2015. 539-545 с.
2. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. XIV – изд. – Т.4. – Москва, 2018. 6284-6292 с.
3. Семенова Е.Ф., Маркелова Н.А., Шульга Е.Б., Шпичка А.И., Жученко Е.В., Марченко М.П. Влияние эфирных масел на микроорганизмы различной таксономической принадлежности в сравнении с современными антибиотиками. Сообщение 2. Действие мятного масла различного компонентного состава на некоторые грамотрицательные бактерии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Серия «Естественные науки», 2014. - № 4 (8). – С. 5-18
4. Жученко Е.В., Маркелова Н.Н., Семенова Е.Ф., Преснякова В.С. Антимикробная активность эфирных масел современных сортов мяты // Сборник трудов II Международной научной конференции «Роль метабономики в совершенствовании биотехнологических средств производства» по направлению «Метабономика и качество жизни» (ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений» ВИЛАР, 6-7 июня 2019 г. М.: ВИЛАР, 2019. – С. 284-292
5. Паштецкий В.С. Эфиромасличная отрасль Крыма. Вчера, сегодня, завтра. / В.С. Паштецкий, Н.В. Невкрытая, А.В. Мишнев, Л.Г. Назаренко – Симферополь: ИТ «Ариал», 2017. 244 с.
6. Шульга Е. Б. Новые Сорты мяты для Крыма и других регионов юга России. Таврический вестник аграрной науки, 2017. - № 1(9). - С. 28

РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Джораханова Б.У., 3-курс факультет «Общая Медицина»

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: djorakhanova@01mail.ru

Баймаханов А.Б., научный руководитель, e-mail: abl7@bk.ru

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Аннотация: Данная статья посвящена анализу цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний, также роли магния при патогенезе и лечении заболеваний. Описаны фармакокинетические особенности препаратов магния. Приведен анализ взглядов исследователей, и анализ самих клинико-профилактических исследований.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, магний, Оротат магния, Сульфат магния, эффективность.

Несмотря на достижения профилактической и терапевтической медицины, сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания являются ведущими причинами смерти как в нашей стране, так и во всем мире. Нужно подчеркнуть, что в 2016 году, из всех случаев смерти 85% произошло в результате сердечного приступа и инсульта. Учитывая статистические показатели, имеется вероятность того, что в 2030 году, в основном, от болезней сердца и инсульта умрет около 23,6 миллиона человек [1].

Патогенез данных заболеваний связан с дефицитом в организме такого минерала, как магний, и в последнее время они рассматриваются как магний-зависимые заболевания. Магний – один из важнейших макроэлементов, который участвует во всех обменных процессах. Его дефицит же связано с уменьшением поступления в организм, с нарушениями его всасывания, чрезмерной потерей и физиологическими стрессами.

Цель моей работы заключается в том, чтобы охарактеризовать связь данных патологий с магнием, и лечение их препаратами магния.

Задачей же является изучить патогенез цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний, рассмотреть терапевтическую роль магнийсодержащих препаратов.

Известно, что при инсульте возникает быстрый дисбаланс ионов Са и Mg со сдвигом в сторону ионов Са, который снижает выживаемость клеток головного мозга. Перевозбуждение или даже смерть нейронов за счет повышения проницаемости мембраны нейрона для ионов Са на фоне уменьшения митохондриального пула Mg и повышения уровня свободного цитозольного Mg являются маркерами начала каскада апоптоза.

В острую фазу ишемического инфаркта миокарда резко снижается уровень магния в крови (часто на 60-70% от нормы). Уровень снижения магния определяет тяжесть повреждения головного мозга и статуса нервной системы.

В острейшую и острую фазу инсульта, так же как и при инфаркте миокарда как клеточный активатор синтеза АТФ, стабилизатор клеточной мембраны, природный антагонист Са и NMDA-рецепторов применяется Mg, т.к. создаются условия грубого энергодифицита и последующей гибели клеток. При проведении исследований доказано, что магний нормализует работу системы тромбостаза вследствие воздействия на несколько параллельных молекулярных каскадов, участвующих в регенерации и защите нервной ткани. На клеточном уровне Mg предотвращает образование артериального тромба ингибируя активность тромбоцитов. [2].

Для коррекции недостатка магния при неотложных состояниях применяют сульфат магния (MgSo4). В исследованиях было продемонстрировано, что введение 4 г Mg оправданно и эффективно в первые 12 ч от начала инсульта.

А неотложное инфузионное введение, которое осуществлялось мед.персоналами СМП, был эффективным в прекращении или замедлении ишемического каскада у большинства пациентов в течение первых 2 ч. начала инсульта. Но при внутривенном введении его наблюдалось быстрое повышение концентрации сывороточного магния до терапевтического эффекта.

Результаты экспериментальных и клинических исследований доказали необходимость введения сульфата магния в первые сутки инсульта, когда имеется острая необходимость быстро насытить кровь магнием. Однако спустя сутки эффективность сульфата магния резко снижается [3]. Поэтому для последующего насыщения тканей магнием требуются другие формы, например, их биоорганические соли (Оротат магния/ Магнерот®).

Также магний снижает АД, т.е. является гипотензивным средством. Применение его от 0,5-1 г/сут в среднем приводит к снижению систолического АД более чем на 5 мм рт. ст, диастолического АД — на 2,5 мм рт. ст.

Нужно подчеркнуть, что кроме этих действий у магния имеется психотропный эффект, благодаря которому их включают в длительную терапию тревоги и постинсультной депрессии. Для длительного применения из биоорганических солей магния наиболее подходят Цитрат и Пидолат магния.

Еще хотелось бы отметить роль магния в сердечно-сосудистых заболеваниях.

ХСН – неблагоприятное осложнение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Некоторые авторы считают патогенетически обоснованным применение при ХСН метаболической терапии, как наиболее распространенное метаболическое средство используют магниевую соль оротовой кислоты (Магнерот®).

В течение года наблюдались 82 больных ИБС и ХСН с ФК IV. Из них 52 пациента рандомизированы на 2 группы – больные, получавшие на фоне основной терапии (ингибиторы АПФ, β -блокаторы, сердечные гликозиды, нитраты, диуретики) Магнерот®, и больные, получавшие на фоне основной терапии плацебо. Пациенты первой группы принимали таблетки, содержащие 500 мг оротата магния по схеме 3000 мг/сут. Контрольную группу составили 30 пациентов, получавшие только базисную терапию ХСН.

Применение Магнерота® привело к достоверному улучшению клинического состояния больных уже с первого месяца лечения – уменьшились сердцебиение в покое и головная боль, снизилось систолическое и диастолическое АД (оба –7%). Более значимый клинический эффект отмечен через 6 месяцев лечения: снизилась почти в 2 раза частота ангинозных болей в покое, уменьшились симптомы лево- и правожелудочковой недостаточности: ортопноэ, акроцианоз, набухание шейных вен. Уменьшились максимальная ЧСС, эпизоды тахи- и брадикардии. Через 12 месяцев терапии все изменения стали более значимыми. Когда у больных, получавших только базисную терапию наблюдалось обратное [2].

Кроме вышеперечисленных препаратов в клинической практике также используются «Магнелис® В6 форте», «Магне В6 форте®», «Магнемакс», «Магне Экспресс» и др. Эти препараты играют немаловажную роль в лечении и профилактике артериальной гипертензии и ЦВЗ благодаря универсальному множественному влиянию магния на процессы нейропротекции, нейропластичности и вазопротекции.

Список литературы:

1. [www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Magniy_v_lechenii_i_profilaktike_cerebrovaskulyarnyh_zabolevaniy
3. Saver J.L., Kidwell C., Eckstein M. et al. Prehospital neuroprotective therapy for acute stroke: results of the Field Administration of Stroke Therapy-Magnesium (FAST-MAG) pilot trial. Stroke. 2004;35(5):106–108.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Жумаханова А.А., III курс, Общая медицина, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: alina_01_zhumahanova@mail.ru
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru

Аннотация: В данной статье рассматривается проблема лекарственно-индуцированного поражения печени при лечении больных туберкулезом легких стандартной противотуберкулезной терапией, а также пути оптимизации лечения и профилактики поражений печени при данном заболевании с помощью комбинирования лекарственной формы таурина – препарата Дибикора, урсодезоксихолиевой кислоты и стандартной терапии туберкулеза легких.

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственно-индуцированное поражение печени, Дибикор, урсодезоксихолиевая кислота, гепатопротекторы.

В настоящее время туберкулез является одной из актуальнейших проблем сферы здоровья общества: в 2019 году туберкулезом заболело в среднем 130 человек на каждые 100000 тысяч населения. Средняя цифра заболеваемости падает примерно на 1-2% в год [Данные ВОЗ на 2019 г.]. Это обусловлено тем, что растет число иммунодефицитных состояний и форм туберкулеза с повышенной резистентностью к лекарственным препаратам.

Часто развивающиеся лекарственные осложнения ограничивают проведение полноценной химиотерапии [1]. Используемые гепатопротекторы часто оказываются недостаточно эффективными, могут способствовать нарастанию холестаза и ферментативной гиперактивности клеток печени [2]. Данные сведения указывают на острую потребность в выявлении дефектов печени вследствие терапии туберкулеза легких, в частности, активных мер по ее защите и лечению.

На сегодняшний день позволительно делать выводы о несомненной роли таурина как модулятора ряда патофизиологических механизмов, его недостаток прослеживается в течении многих заболеваний,

включительно и при туберкулезе. Вполне основательно предполагать, что восполнение дефицита таурина в организме даст возможность продуктивнее вести терапию нарушений обмена веществ.

Цель моей работы заключается в поиске эффективного метода предупреждения поражений печени вследствие лечения противотуберкулезными препаратами и в оптимизации их фармакологической коррекции, применяя препарат Дибикор® - лекарственную форму таурина.

Задачей же является проведение фармакоэкономического анализа и оценки использования вышеуказанного препарата в целях лечения и предупреждения поражений печени у туберкулезных больных путем изучения его воздействия на клинические показатели и результаты лабораторных исследований при его совместном применении со стандартной туберкулезной терапией.

В современной статистике медицины индуцированное лекарствами поражение печени при туберкулезе превалирует над другими видами печеночных патологий и развивается у 26,7% пациентов в начальные 2-8 недели усиленного этапа противотуберкулезной терапии, преимущественно по цитолитическому механизму.

С учетом нынешних эпидемиологических условий можно выявить тяжелую переносимость комплексной химиотерапии туберкулеза и значительное распространение лекарственной патологии печени.

Начальные проявления терапии туберкулеза в отношении печени влекут за собой отказ или смену типа лечения. Соответственно, это существенно понижает эффект химиотерапии, увеличивая время абацилирования, закрытия полостей распада и лечения в стационаре. При назначении Дибикора таким пациентам можно наблюдать антицитолитический эффект, улучшение метаболизма и наличие положительного влияния на иммунную систему.

Немаловажным фактором является и то, что благодаря данному препарату достигается более ранний клинический эффект при нормальной восприимчивости организма к химиотерапии.

В ходе исследования фармакотерапевтического действия гепатопротекторов было доказано, что сочетанное использование Дибикора и урсодезоксихолиевой кислоты обладает большим эффектом, за счет которого можно уменьшить случаи отказа от терапии туберкулеза (до 95%).

Стоит также подчеркнуть, что при развитии ЛИПП при одновременной терапии туберкулеза наблюдается отклонение от нормы Т-клеточного иммунитета с гипосупрессией CD3, CD4, CD16, повышение уровня цитотоксических Т-лимфоцитов CD8, значимое снижение иммунно-регуляторного индекса. Выявляются явные нарушения обмена цитокинов с повышенным образованием ФНО-а, интерлейкинов-4 и -6, зависящие от степени поражения печени.

Применение Дибикора в отдельности или в сочетании с урсодезоксихолиевой кислотой для профилактики ЛИПП позволяет сократить сроки лечения в стационаре, стабилизирует липидный обмен и систему свертывания крови, корригирует иммунный статус.

Помимо вышеуказанных преимуществ в применении Дибикора с урсодезоксихолиевой кислотой, с экономической точки зрения эта комбинация способствует уменьшению затрат до 60% и является экономически наиболее оправданной.

Список литературы

1. Pfaffenbach К.Т., 2010, Покровский В.И., 2011
2. Мишин В.Ю., 2012
3. Новицкий В.В. Активность ПОЛ и апоптоза при туберкулезе легких / В.В. Новицкий, А.К. Стрелис, С.Б. Ткаченко, И.Е. Есимова, Т.А. Шилько, О.И. Уразова, О.В. Воронкова, В.А. Синицына, О.В. Филинук, В.А. Земляная // Бюл. Эксперим. Биол. и мед. - 2005. - Т. 140. - №11. - С.497-499.
4. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью // Под ред. И. Бастиана и Ф. Портале. - Издательство "Медицина и жизнь". - 2003. - 368 с.
5. <http://medical-diss.com/medicina/lekarstvenno-indutsirovannye-porazheniya-pecheni-u-bolnyh-tuberkulezom-legkih-optimizatsiya-lecheniya-i-profilaktiki>

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Қайпназар М.С., 3-курс, факультет «Общая Медицина», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: kaipnazar07@mail.ru
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Аннотация. Спонтанные преждевременные роды являются одной из актуальных проблем в акушерстве, поскольку продолжают оставаться основной причиной смертности и заболеваемости новорожденных во всем мире. С позиции клинической фармакологии проведен обзор данных научной литературы по проблеме рациональной фармакотерапии спонтанных преждевременных родов токолитическими лекарственными средствами — блокаторами медленных кальциевых каналов, ингибиторами циклооксигеназы. Приведены особенности фармакокинетики этих препаратов во время беременности. Обсуждаются фармакогенетические аспекты применения токолитиков у беременных женщин и их возможное клиническое значение.

Ключевые слова: беременность; токолитический лекарственный препарат; фармакокинетика; фармакогенетика; безопасность; эффективность; нифедипин; индометацин; окситоцин.

Преждевременные роды (ПВР), особенно на ранних сроках беременности, считаются основной причиной смерти и осложнений среди новорожденных по всему миру. Ежегодно отмечается примерно 13 миллионов ПВР (9,6% всех родов), 85% которых приходится на Азию и Африку. По Республике Казахстан частота преждевременных родов значительно снизилась в период с 1996-2015 гг, однако в период 2010-2015гг остается в пределах 6,4%. В США процент преждевременных родов выше (10,6%), чем в Европе (6,2%) и повысился на 36% за последние 25 лет, особенно на поздних сроках беременности (34 - 36 недель). Установлено, что 28% из 4 000 000 смертей новорожденных во всем мире связаны с ПВР.

Лечение преждевременных родов сегодня вызывает большое количество дискуссионных вопросов, для которых характерно постоянное определение приоритетов – спасти жизнь или не навредить здоровью.

Воздействие лекарственных средств на матку может быть как непосредственным, так и опосредованным. Основными звеньями, на которые направлено действие лекарственных препаратов при недонашивании, являются: регуляция уровня половых гормонов, воздействие на адренергические, холинергические, серотонинергические рецепторы.

Наиболее широкое практическое применение при ведении преждевременных родов нашли лекарственные средства, из числа которых можно отметить следующие основные группы: β_2 -адреномиметики, α_2 -адреномиметики, нейротропные и миотропные спазмолитики, антагонисты ионов кальция, магния сульфат, блокаторы пуринаргических рецепторов, ГАМК-ергические средства, ингибиторы фосфодиэстераз, антагонисты серотониновых рецепторов, антибрадикининные средства, антагонисты и блокаторы рецепторов окситоцина, активаторы калиевых каналов, нитраты, а также препараты, опосредованно ингибирующие сократительную деятельность матки (прогестерон, релаксин, мелатонин).

В настоящее время широкое распространение и успешное использование во всем мире β_2 -миметиков, вошедших в фармакологию под названием «токолитики», свидетельствует о ведущей их роли в профилактике и терапии угрозы недонашивания беременности. К числу препаратов, действующих на β_2 -адренорецепторы, относятся изоксуприн, дилатол, орципреналина сульфат, бриканил, ритодрин, партусистен, сальбутамол, гинипрал.

Невзирая на общность механизма действия β_2 -миметиков на матку, все они различаются по степени токолитической активности, что зависит от дозы, методов введения препаратов, эндокринных и физиологических изменений, вызванных беременностью.

Более 20 лет назад впервые в акушерской практике для сохранения беременности был использован изоксуприн. При его применении положительный эффект наблюдался в 75–80% случаев. Понижая базальный тонус, амплитуду и частоту схваток он значительно повышает адаптационно-приспособительные возможности новорожденного при лечении внутриутробной асфиксии плода. В 2–3 раза активнее изоксуприна оказался дилатол (буфенин, нилидрин).

Орципреналина сульфат (алупент) эффективно угнетает сокращения матки, уменьшая амплитуду на 70–90%. При лечении наблюдается снижение внутриматочного давления, сокращения становятся более координированными и регулярными.

К числу адреномиметиков, обладающих выраженной токолитической активностью и с избирательным действием к β_2 -адренорецепторам относится бриканил (тербуталина сульфат). Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что он эффективно блокирует спонтанную и вызванную окситоцином родовую деятельность.

Существенная роль в токолитической терапии принадлежит ритодрину. Он характеризуется

значительно большей специфичностью действия, чем изоксуприн и тербуталин и с 1981 года является препаратом выбора при лечении преждевременных родов.

Высокоактивным b2-агонистом, хорошо известным за рубежом является гинипрал (гексопреналин). К числу апробированных токолитиков, нашедших самое широкое клиническое применение, относится партусистен. Даже в малых терапевтических дозах препарат нормализует частоту сокращений и гипертонус матки, тем самым оказывает выраженный релаксирующий эффект. Благодаря сочетанию значительной спазмолитической активности с минимальным влиянием на сердечно-сосудистую систему он наиболее часто используется в акушерских клиниках множества стран. Не являясь сугубо специфическими токолитическими средствами, тем не менее b2-адреномиметики могут вызывать побочные эффекты различной степени тяжести, как со стороны матери, так и плода: сердечно-сосудистые, легочные, метаболические.

До того, как b2-миметики получили широкое распространение, наиболее изученным лекарственным средством, применяемым для угнетения преждевременных родов, был этанол.

С конца 80-х годов за рубежом широко стал использоваться салбутамол в составе препарата «Сальбупарт» («Польфа»). Благоприятные результаты токолитического эффекта салбупарта (76,8%) в сравнении с фенотеролом (78,6%) говорят о перспективности его применения для беременных с угрозой недоношенности плода.

Сегодня среди ряда известных отечественной акушерской практике b2-миметиков салбутамолу отводится важная роль в терапии преждевременных родов. Способствует этому и значительно меньшая степень выраженности серьезных побочных эффектов — кардиоваскулярных, метаболических, что связано с избирательностью его действия.

На фоне мониторинга информации, я сделала вывод, что идеального токолитика, эффективного на 100% и без побочных действий, не существует. Ни один из используемых в настоящее время токолитиков не был разработан специально для лечения преждевременных родов.

Список литературы

1. Дуда И. В. Нарушения сократительной деятельности матки.— Минск: Беларусь, 1989.— 222 с
2. Gummerus M. A. Clinicae comparation of uterorelaxation with nexoprenaline and salbutamol//Geburth u Frauenheilk.— 1983.— Vol. 43.— P. 151–155.
3. <https://diseases.medelement.com/disease/>

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ЭПИЛЕПСИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРЫНЫҢ ӨМІР САПАСЫ МЕН ӘЛЕУМЕТТІК СТАТУСЫН БАҒАЛАУ

Мулютова М.Н. 2 курс магистранты, Mahsu_med@mail.ru, Утепов П.Д. м.ғ.к., доцент м.а.

Ғылыми жетекшісі: м.ғ.д., профессор Н.Ж. Орманов

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

Жұмыстың өзектілігі: XXI ғасырда «эпилепсия» ауруын диагностикалаудың және оны қарқынды емдеудің жетістіктеріне қарамастан, бұл әрбір елдің әлеуметтік және медициналық мәселесі болып қалуда [1,2]. Европалық комиссияның мәліметіне сәйкес, әлемнің 50 млн. жуық халықтары «эпилепсиямен» сырқаттанса, жылына халықтың 5%-да, алғашқы бір реттік «эпилепсия» ұстамасы орын алады, ал сырқаттылыққа шалдыққандар арасында, шамамен 65-70%-да «эпилепсия» ұстамаларын бақылау мүмкіндігі болмайды және созылмалы аурудың даму кезеңіндегі 200 науқастың 1 жағдайында өлім-жітім жиілігі орын алады [3,4].

Эпилепсиямен сырқаттанған науқастарда, аурудың клиникалық көріністері белгілерінің күтпеген жағдайда орын алуымен, ұзақ жылдар және тұрақты түрде «эпилепсияға қарсы» дәрілерді қолдануға мәжбүр болады, бұл науқастың қоғам мүшелерімен қарым- қатынасын бір қатар нашарлатып, науқастардың еңбек ету ынтасы мен әлеуметтік белсенділігін шектейді. Эпилепсия бір қатар теріс әлеуметтік жағдайды қалыптастырады, бұл отбасында, мектепте, жұмыс орындарында көрініс береді [5,6].

Бүгінге, эпилепсиямен сырқаттанған науқастардың өмір сүру сапасы мен әлеуметтік тұрмыстық жағдайын ғылыми ізденіс тұрғысында бағалау, бүгінгі күннің талабы болмақ.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Біздермен Шымкент қаласының емдеу-сауықтыру мекемелерінде (ЕСМ) соңғы 2 жылдықта (2018 – 2020 жылдар) тұрақты есепте тұрып, эпилепсияға қарсы Томпамакс, Депакин, Ламиктал, Карбамезепин дәрілерін пайдалынатын, 18-55 жастағы 482 науқастар арасында ДДСҰ ұсынған «WHOQOL-BREF» және арнайы «әлеуметтік» сауалнамасы қолданып зерттеулер жүргізілді. Онда науқастардың демографиялық сипаттамасы (жасы, жынысы), әлеуметтік сипаттамасы (білімі, еңбек етуі, мүгедектікпен еңбекке жарамсыздығы және тұрақты тұрғын үйінің санитариялық-техникалық жағдайы) талдауға алынды. Науқастардың өмір сапасын (ӨС) бағалауда, негізгі 4 бағыт «физикалық денсаулық», «психологиялық денсаулық», «әлеуметтік қатынас», «қоршаған орта» ескерілді.

Алынған мәліметтер вариациялық статистика, корреляциялық және регрессиондық сараптаулар қолдана отырып, персоналды компьютерде «STATGRAF» қолданбалы программасы пайдаланып өңделді.

Зерттеу нәтижелері: Зерттеу тобындағы 482 науқастардың орташа жасы бойынша ($M \pm m$) $46 \pm 5,4$ жас аралығын құраған, олардың арасында ерлердің үлес салмағы – 54,6 құрап 263 науқасты, ал әйелдердің үлес салмағы – 45,4 немесе 219 болып, сәйкесінше ерлерден 20,1% немесе 44 науқасқа кем болып қалыптасқан. Әлеуметтік статусына сәйкес, жоғарғы білімді игерген науқастардың саны – 118(24,5%), орта кәсіптік білім игергендер – 197(40,9%), орта арнайы білім игергендер – 74(15,3%) және орта білімді игерген науқастар саны – 93(19,3%) құраған, яғни 80% жуық науқастар түрлі санатта кәсіби білімді болған.

Бүгінгі күнге эпилепсиядағы науқастардың, ауруының клиникалық белгілеріне сәйкес еңбекке жарамдылықта болуы, олардың еңбек ету ынтасымен қатар, отбасына деген қажеттілігін қамтуға және де олардың әлеуметтік белсенділігін арттырады, сәйкесінше өмір сүру деңгейін жақсартады. Зерттеуіміздегі науқастардың 105(21,9%) еңбек ету қабілетінен айырылып мүгедектікті алғандар құраған, оның ішінде 94(19,6%) науқас тек эпилепсия ауруымен мүгедектікке ұшыраса, 11(2,3%) эпилепсиямен қоса басқа да ағза жүйелерінің ауруымен байланысты болған. Жалпы науқастардың – 281(58,3%) түрлі санатта жұмыспен қамтылғандарды, ал 201(41,7%) жұмыссыздар құраған. Тұрақты жұмыспен қамтылған науқастардың 71(25,3%) өзін-өзі жұмыспен қамтығындар (жеке кәсіпкерлік) құраған, ал 210 (74,7%) науқастар түрлі жұмыс орындарында еңбек атқарады. Сауалнама нәтижесінде, 90% артық науқастардың өзін және отбасы мүшелерін, еңбек ету арқылы, қаржыландыруға құштарлығы барын және де 80% жуық науқастардың түрлі санатта кәсіби білімділігін ескеріп, жүйелі емдеу-оңалтудың оң нәтижесінде еңбекке оралу мүмкіндігі болады. Бүгінде, Шымкент қалалық денсаулық сақтау басқармасының ШЖҚ «Қалалық психикалық оңалту орталығы» МҚК, бұл жұмыс жүйелі түрде жүргізуде.

Сауалнамамен қамтылған 482 науқастың – 295(61,2%) абаптандырылған көп қабатты тұрғын үйлерінде, ал 187(38,8%) қаланың орталықтандырылған кәріздеу және жылыту жүйесі қамтылмаған мөлтек аудандарының жер үйлерінде тұрады (Сайрам, Ордабасы ауданынан қосылған елді мекендер және жаңа құрылыс мөлтек аудандары), оның ішінде бүгінге 28,6% басым бөлігі 18-32 жастағы науқастардың жеке иелігіндегі тұрғын үйлері жоқтары болып қалыптасқан, яғни бұл эпилепсиямен науқастары отбасыларының қаржы-материалдық жағдайының төмендігін айқындайды.

Өмір сапасын (ӨС) бағалауда науқастардың «әлеуметтік қатынас» жағдайы ($M \pm m$) $14,6 \pm 0,16$ аралығында «жақсы» көрсеткіште бағаланып, науқастардың өз ара оңтайлы қарым қатынасы мен медицина қызметкерлерінің науқасқа деген, көмек беруге ынталы жағдайы, сонымен бірге өзінің де өзгеге, басымдылықта от басы мен жақын адамдарына көмекке келу мүмкіндігі болуымен орын алады. Науқастардың «физикалық денсаулық» жағдайы ($M \pm m$) $12,8 \pm 0,13$ аралығында «қанағаттанарлық» көрсеткіште орын алып, науқастардың ерте жастан эпилепсия талмаларына шалдығып, тұрақты эпилепсияға қарсы дәрі қабылдау мен ағза қажу жағдайында, денені дамытатын физикалық жаттығуларын орындамауымен байланыстырады. Ал, науқастардың «психологиялық денсаулық» жағдайы $11,4 \pm 0,12$ аралығы «қанағаттанарлық» көрсеткіште болып ерте жастан эпилепсия талмасына шалдығып, тұрақты түрде эпилепсияға қарсы дәрі қабылдау қажеттілігінде психикалық қажу жағдайында болатынымен байланыстырады. Сәйкесінше «қоршаған орта» жағдайы $11,1 \pm 0,13$ аралығы «төменгі» көрсеткіште бағаланып отыр, бұл өзінің дәріменсіздігі және физикалық қауіпсіздігі, тұрмыстық қажеттілікпен қамтылуы және қаржылық қажеттілік жағдайында болумен байланыстырады.

Зерттеу нәтижесінде, эпилепсияға шалдыққан науқастардың басым көпшілігінің, оның ішінде тұрақты жұмысы жоқ 201 (41,7%) науқастар арасында, эпилепсияға қарсы қолданылатын дәрілерді сатып алу кезеңінде, қаржылық тапшылық көретіні айқын көрініс табады, нәтижесінде тағайындалған дәрілерді қолданбаған кезеңдер орын алған.

Қорытынды: Шымкент қаласының 18-55 жас аралығында эпилепсиямен ауырған науқастардың 80% жуығы түрлі санатта кәсіби білімді бола тұра, жұмыспен қамтылуы – 58,3%, ал мүгедектіктегі 21,9% құраған. Науқастардың өмір сапасы бағалауда «әлеуметтік қатынас» жағдайы $14,6 \pm 0,16$ аралығы «жақсы», ал «физикалық денсаулық» $12,8 \pm 0,13$ және «психологиялық денсаулық» $11,4 \pm 0,12$ аралығында «қанағаттанарлық» көрсеткіште және «қоршаған орта» жағдайы $11,1 \pm 0,13$ аралығында «төменгі» көрсеткіште бағаланған.

Әдебиеттер:

1. Гусев Е.И., Авакян Г.Н., Никифоров А.С. Эпилепсия и ее лечение, 2-е издание., испр. и доп. - М., ГЭОТАР-Медия, - 2016, - 320 с.
2. Есетова А.А., Досыбаева Г.Н., Тулеева Т.И. Реабилитация больных эпилепсией // Вестник ЮКМА, - 2019, - №1 (85), Том I, - С.31-35.
3. Ramalingam R., Nath A.R., Madhavi B.B., Magulu M., Balasubramaniam A. Free radical scavenging and antiepileptic activity of Leucas Ianata. Journal of Pharinacy Research; 2013; 6 (3): 368-372.
4. Туксанбаева Г.У., Тулепбергенова Г.У. Проблема стигматизации общества в социальной адаптации больных эпилепсией // Вестник ЮКГФА, - 2013, - №2, - С.282-285.

5. Лесова Г.Д., Душанова Г.А. Социальное значение эпилепсии и анализ общей инвалидности, обусловленные наличием эпилептических припадков по г. Шымкенту // Вестник ЮКГФА, - 2015, - №4 (73), Том II, - С.69-71.

6. Михайлов В.А. Эпилепсия: стигматизация, качество жизни и реабилитация больных // Неврологический Вестник, - 2007, - №3, - С.135-136.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА И СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ПРЕПАРАТА «АЛЛТРОМБОСЕПИН» И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ИБС.

Надилова Ю.И., Жаббаров А.А.

Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент. Узбекистан.

Надилова Ю.И. - ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА, тел.моб: +998977431787, e-mail: yulduznadirova@gmail.com

Жаббаров А.А. - Научный руководитель, заведующий кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 ТМА. Тел моб: +998909401096, e-mail: doctor.azim.jabborov@gmail.com

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает первое место в структуре смертности практически в любой стране мира. ИБС, как и всякое хроническое заболевание, протекает с периодами стабильного течения и обострения. Период обострения обозначают как острый коронарный синдром. Он объединяет инфаркт миокарда (ОИМ) без зубца Q и нестабильную стенокардию. В руководстве Американской Коллегии Кардиологов и Ассоциации Сердце 2000 г., понятие «острый коронарный синдром» включает любые группы симптомов, позволяющие подозревать ОИМ или ИБС. Морфологической основой этих состояний служит различной степени выраженности тромбоз над надрывом атеросклеротической бляшки или на эрозии эндотелия коронарной артерии и дистальные тромбоэмболии [1]. Повышение агрегации тромбоцитов является одним из важных звеньев патогенеза острых форм ИБС, что предполагает обязательное применение антиагрегантов в процессе их лечения. Важной задачей для врачей-интернистов является вторичная профилактика ИБС у людей пожилого и старческого возраста, адекватный подбор лекарственных средств, препаратов, относящихся к группе дезагрегантов, направленных на предупреждение атеротромбоза [2]. Количество исследований действия различных дезагрегантов (аспирина и аллтромбосепина) в сравнительном аспекте у лиц пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией напряжения II ф.к. в настоящее время остается недостаточным. Растущая распространенность, значительный риск для здоровья, определяет приоритетность проблемы ИБС у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности медикаментозной терапии больных ИБС недостаточно изучены у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих сложное сочетание хронически протекающих заболеваний и постоянно принимающих большое количество лекарственных средств, а назначение каждого дополнительного препарата связано с дополнительными материальными затратами [3]. Мероприятия вторичной профилактики ИБС у людей пожилого и старческого возраста не потеряли своей актуальности. Изучение агрегационной функции тромбоцитов у людей пожилого возраста, страдающих ИБС ССН II ф.к., представляет несомненный интерес. Вопросы о целесообразности дезагрегантной терапии, направленной на профилактику атеротромбозов, то есть профилактику обострений ИБС у людей пожилого и старческого возраста, окончательно не изучены. [4].

Цель. Сравнить влияния ацетилсалициловой кислоты (АСК) и аллтромбосепин (Антиагрегантное средство группы GP IIb/IIIa) на остаточную агрегационную реактивность тромбоцитов (ОАРТ).

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных в возрасте до 65 лет (средний возраст 52,6±0,94 лет), у которых имелась хроническая ишемическая болезнь сердца. Методы обследования включали опрос на наличие стенокардии, измерение артериального давления (АД), регистрацию ЭКГ покоя, определение липидного спектра, коагулограммы, общего анализа крови, включая количество тромбоцитов и уровень гемоглобина. Также определяли агрегацию тромбоцитов с помощью световой агрегометрии в начале исследования, через 3-недельного периода лечения АСК и препаратами Аллтромбосепин.

Результаты. На монотерапии АСК ОАРТ составила 56,4±0,3%. Терапия препаратами Аллтромбосепин приводила к значимо меньшему уровню ОАРТ(42,2±0,2%), чем монотерапия АСК (p=0,0003). Анализ данных с учетом предложенного критерия высокой ОАРТ (более 46%) на терапии показал, что количество таких больных, принимавших кишечнорастворимую форму АСК, составило 70%, а на терапии препаратами из группы Аллтромбосепина-30 %.

Заключение. Полученные данные указывают на то, что у значительного числа больных на монотерапии дезагрегантами не достигается целевой уровень ($\leq 46\%$) снижения ОАРТ, что может служить обоснованием для назначения им комбинированной терапии.

Список литературы

1. Балуда В.П., Деянов И.И., Балуда М.В., Киричук В.Ф. Язбурский Г.Б. Профилактика тромбозов // Изд -во Саратовского университета. 1992. -с.250.
 2. Фермилен Ж., Ферстрате М. Гемостаз: пер. с франц.- М.: Медицина, 1984. -192 с.
 3. Шитикова А.С. Роль тромбоцитарного звена в системе гемостаза в норме // Клинико лабораторная диагностика предтромбоза и тромботических состояний: Сб. науч. тр. - СПб., 1991. -С.52 -58.
 4. Patrono C, FitzGerald GA. Isoprostanes: potential markers of oxidant stress in atherothrombotic disease. *Arterioscler Thromb Vase Biol.* 1997; 17:23092315.
- Опубликовать тезис в сборнике.

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СУХОГО ЭКСТРАКТА «SCUTELLARIA ISCANDERI»

П.Л.Исмаилова, к.х.н, Ш.Х.Муратова, м.н.с, М.Г.Исмаилова, д.ф.н
Узбекский научно-исследовательский химико-фармацевтический институт им. А.Султанова,
Узбекистон, г.Ташкент. e-mail: mshx2244@mail.ru. тел: (90)9372244

Лекарственные растения в настоящее время остаются незаменимыми источниками получения некоторых лекарственных средств и занимают важное место в фармацевтической практике. По сравнению с синтетическими, растительные препараты, наряду с комплексным многосторонним действием на организм человека, обладают, как правило, меньшими побочными эффектами и менее токсичны.

Следует отметить, что Узбекистан является регионом богатым источниками лекарственных растений, однако масштабы проводимых работ по их использованию не отвечают современным требованиям в достаточной степени. В связи с этим разработка технологии получения субстанции и готовой лекарственной формы новых отечественных лекарственных препаратов на базе местных лекарственных растений и изучение их фармакологических свойств остаётся актуальной задачей фармацевтической отрасли Республики Узбекистан.

О целебных свойствах растений рода шлемника (*Scutellaria*), в частности шлемника байкальского (*Scutellaria baicalensis*) из семейства Губоцветных (*Lamiaceae*), как гипотензивного, седативного, сосудорасширяющего и кровоостанавливающего средства известно с глубокой древности в Китайской народной медицине[1]. Настои и отвары корней шлемника применяют при гипертензии, аритмии, сердечно-сосудистых неврозах, как спазмолитическое средство. На территории Узбекистана тоже произрастают растения рода шлемника, например такие как шлемник Искандерий (*Scutellaria Iscanderi*). Изучение химического состава шлемника Искандерий (*Scutellaria Iscanderi*), показало, что он в своём составе содержит такие активные действующие компоненты, как флавоноиды, гликозиды, эфирные масла, органические кислоты, дубильные вещества, макро и микро элементы и др. Впервые нами была разработана технология получения сухого экстракта из надземной части *Scutellaria Iscanderi*. Определены оптимальные технологические параметры процесса экстракции, обеспечивающие максимальный выход сухого экстракта с максимальным содержанием биологически активных веществ.

Целью настоящего исследования является изучение фармакологических свойств сухого экстракта «*Scutellaria Iscanderi*». Для оценки фармакологической активности было изучено влияние препарата на функциональные показатели нервной системы животных, такие как двигательная активность, продолжительность сна, вызванная препаратом снотворного действия (этамнала натрия),

Исследование проводили на белых беспородных мышах (обоёго пола) массой тела 18-22г. Препараты опытным животным вводили в виде водной суспензии в дозах: 0,2, 0,4мл на мыш. Контрольной группе животных вводили очищенную воду. В качестве препарата сравнения использовали препарат седативного действия «Персен» растительного происхождения. По результатам исследования было установлено, что сухой экстракт «*Scutellaria Iscanderi*» угнетает двигательную активность мышей и усиливает снотворное действие стоволового наркотика этаминала натрия и по данной активности не уступает эффекту препарата сравнения.

Таким образом, результаты исследования показали, что сухой экстракт «*Scutellaria Iscanderi*» обладает выраженной седативной активностью.

Список литературы

1. Чирикова Н. К. Фармакогностическое исследование надземной части шлемника байкальского (*Scutellaria baicalensis* Georgi). Автореферат диссертации, Улан- Уда, 2007 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА НА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сапаева З.А. - ассистент кафедры внутренних и кожно-венерологических болезней Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. Ургенч, Узбекистан. zulfiyasapayeva89@gmail.com
Руководитель: Кадырова Ш.А. - старший преподаватель кафедры факультетской и госпитальной терапии №2 Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан. teacher1201@mail.ru

Актуальность: Известно, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний и характеризуется высокой больничной и общей смертностью, а это требует использование назначения препаратов, влияющих на потребность миокарда в кислороде, доставку кислорода в зону ишемии либо путем воздействия на диаметр заинтересованного сосуда, сосудистую стенку, либо на реологические свойства крови. Особенно последнее время особый интерес представляют лекарственные средства метаболического действия, целенаправленно влияющие на обменные процессы в лечении коронарогенной сердечной недостаточности. [2].

Европейского общества кардиологов (ESC, 2013) рекомендует применять метаболические средства в дополнение к базисной терапии, а при непереносимости последней – вместо нее. К этой группе средств относится и препарат Тиотриазолин, который является оригинальным антигипоксантом/антиоксидантом, влияет на энергетические процессы в миокарде, уменьшает потребность последнего в кислороде. Работа по изучению Тиотриазолина началась еще в 1987 г. с масштабного доклинического исследования под руководством проф. А.Г. Яхницы и проф. И.А. Мазура В середине 1990-х гг. была показана высокая эффективность применения Тиотриазолина при комбинированном лечении стенокардии с нарушением кровообращения, сердечной недостаточностью различного генеза и ФК у лиц пожилого возраста. Положительное действие Тиотриазолина проявлялось в ускорении нормализации клинических показателей, улучшении обменных процессов в миокарде, снижении пред- и постнагрузки, оптимизации кардиогемодинамики на фоне уменьшения энергозатрат на гемодинамическую производительность, в росте толерантности к физической нагрузке. [1]. Тиотриазолин стабилизирует мембрану кардиомиоцитов, имеет выраженную метаболическую активность [1,2]. О влиянии Тиотриазолина на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) М.А. Савченко и соавт. (2013) судили по динамике определяемого лечащим врачом ФК сердечной недостаточности

Цель исследования: оценить клинические эффекты «Тиотриазолин», а у больных с хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы: В исследование включены 64 больных с ХСН I-III ФК. При включении в исследование у всех пациентов проводилась оценка жалоб, данных анамнеза, объективное исследование, проводилась запись электрокардиографическое исследование (ЭКГ) и эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

Оценка эффективности терапии проводилась по динамике изученных показателей и жалоб пациентов, отмеченных в конце исследования. «Тиотриазолин» назначался в терапевтической дозе (600мг/сут (курс лечения 20 дней). Все участники исследования принимали «Тиотриазолин» параллельно с препаратами основных фармакологических групп согласно своему заболеванию.

Результаты исследования: На момент начала исследования из 64 больных, у которых основной клинической проблемой являлась ХСН ФК III был установлен в 29 случаях (45,3%). По окончании курса терапии число больных ХСН ФК III в данной подгруппе снизилось до 18 (28,1%). Одновременно произошло увеличение количество пациентов с установленным ФК I ХСН с 17 до 39, что явилось результатом улучшения состояние пациентов с ХСН и, соответственно, «перехода» в более низкий ФК ХСН.

Также отмечены улучшение состояния в 82,5% случаев, положительная динамика в инструментальных исследований: на ЭКГ- достигнуто уменьшение депрессии сегмента ST $p < 0,05$, на ЭхоКГ- в увеличении фракции выброса (ФВ), снижение конечно-систолического (КСО) и конечно-диастолического (КДО) объемов.

Вывод: Таким образом, благодаря своим свойствам, препарат «Тиотриазолин» может быть эффективным при лечении больных ХСН, обладает выраженными противоишемическими, метаболическими, антиоксидантными, антиангинальными свойствами, снижает чувствительность миокарда к адренергическим кардиостимулирующим воздействиям катехоламинов и препятствует прогрессивному угнетению сократительной функции миокарда, повышает устойчивость кардиомиоцитов к гипоксии, а также усиливает компенсаторную активацию анаэробного гликолиза, снижает степень угнетения окислительных процессов в цикле Кребса с сохранением внутриклеточного фонда АТФ, стабилизирует метаболизм кардиомиоцитов.

Литература

1. Волошин Н.А., Визир В.А., Волошина И.Н. Клиническое применение тиотриазолина для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы // Новости медицины и фармации. 2007. № 20 (228).
2. Морозова Т.Е. Метаболические лекарственные вещества в кардиологической практике. «Лечащий врач.» 2008. № 6. С. 48–51.

КАКИЕ ВИТАМИНЫ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

Омархан Э.Т., 3-курс факультет «Общая Медицина», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: omarkhanaigerim@gmail.com
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru

Аннотация: редкие женщины не имеют гиповитаминоза или дефицита питательных веществ во время беременности. В настоящее время принято принимать добавки. Но какие витамины лучше пить во время беременности-обширная и спорная тема.

Приведем общую информацию: какие витамины и добавки подходят беременным женщинам, какие безопасны.

Ключевые слова: витамины, фолиевая кислота, дефицит, беременность, травяные чаи, микроэлементы.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНЫ ВИТАМИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ?

Основная причина, по которой врачи часто назначают мультивитаминные комплексы беременным женщинам, - недостаток микр

и макроэлементов.

Например, потребление белка во время беременности должно увеличиваться с 0,5 грамма на килограмм веса тела до 0,8 грамма на килограмм веса тела.

Потребность в микроэлементах (витаминах и минералах) возрастает еще больше, так как они отвечают за рост и сигнализацию половых клеток.

Основные причины, которые требуют витаминов во время беременности:

1. дефицит витаминов и минералов.
2. Нуреремезис gravidarum или рвота беременной.
3. многоплодная беременность
4. генетические мутации в MTHFR [1].

ТРАВЯНЫЕ ОТВАРЫ И ЧАЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

О фитопрепаратах стоит сказать несколько слов. Любые травяные настои, чаи и другие добавки на основе трав позиционируются в рекламе как нечто более здоровое,

"натуральное" и безопасное, чем витамины для беременных. Однако среди фитопрепаратов есть вещества, опасные для здоровья матери и будущего ребенка. Например, Motherwort и lovage категорически противопоказаны беременным женщинам в любое время.

Пренатальные витамины: стоит ли принимать?

Ряд контрольных исследований показывает, что перинатальные витамины следует принимать в случае назначения гинекологом. В частности, они значительно снижают риск преждевременных родов и снижают риск пререкламсии.

Фолиевая кислота. Вышеупомянутое приложение является основой правильного развития ребенка. Это не что иное, как синтетическая форма фолатов или витаминов группы В. в организме они превращаются в метил фолат активное вещество, участвующее в синтезе ДНК.

Метаобзор пяти исследований, в которых приняли участие в общей сложности 6105 женщин, отметил значительное снижение риска развития патологии нервной системы. Побочных эффектов от воздействия фолиевой кислоты не обнаружено. Заключение: Беременность это очень важный период, поэтому здоровье и питание являются одними из ваших главных приоритетов. Питайтесь едой много гуляйте и занимайтесь физическим и упражнениями, приближая их друг к другу с максимальным стрессом- вот лучшее, что вам нужно для будущего малыша. Ну а витамины для беременных пейте только в том случае, если их назначит лечащий врач [3].

Литература

Спиричев, Владимир Борисович. Что могут и чего не могут витамины. 3-е изд., доп. - Москва: Миклош, 2003. - 299 с.

Горбачев, Владимир Васильевич. Витамины. Макро- и микроэлементы : справочник / В. В. Горбачев, В. Н. Ахметзянов, Фердинанд Хамидович. Биохимия пищи и полноценное сбалансированное питание / Ф. Х. Ахметзянов. - Казань : Новое знание, 2015. - 211 с. : ил. - Библиогр.: с. 204-205. -

НООТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Табиоров М.Ә., 3-курс факультет «Общая Медицина», АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан, e-mail: m_a_l_ik@mail.ru
Баймаханов А.Б., научный руководитель, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: abl7@bk.ru

Аннотация. Ноотропы – это вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, улучшающие память, облегчающие процесс обучения, стимулирующие интеллектуальную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам. Препараты, влияющие на процессы нейропластичности центральной нервной системы, занимают одно из ведущих мест в терапии сосудистых заболеваний головного мозга. При этом они не вызывают психомоторного возбуждения, истощения функциональных возможностей организма, привыкания.

Ключевые слова: ноотропы, пиридоксин, комбинированные препараты, фармакокинетика, кальциевые каналы, Омарон.

Термин «ноотропы» (от греческих слов «ноос» – мышление и «тропос» – стремление) был принят в 1972 г., спустя два года после появления на мировом рынке препарата пирацетам.

Классификация:

- пирацетам, его гомологи и аналоги (анирацетам, оксирацетам, прамирацетам, нефирацетам и др.);
- производные диметиламиноэтанола: деанолаацеглюмат, меклофеноксат, центрофеноксин;
- препараты нейроаминокислот: гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), производные гамма-аминомасляной кислоты (фенибут, никотиноил-гамма-аминомасляная кислота (пикамилон), гопантеновая кислота (пантогам), глицин, глутаминовая кислота;
- производные пиридоксина: пиритинол (пиридитол, энербол, энцефабол);
- холиномиметик центрального действия: холина альфосцерат;
- препараты Ginkgo biloba: билобил, мемоплант, танакан и др.;
- соединения другой химической структуры, относящиеся к различным классам и группам химических веществ, сходные по механизму действия с пирацетамом и обладающие способностью облегчать процессы обучения и улучшать память.
- Препараты с широким спектром эффектов:
- препараты, усиливающие мозговое кровообращение, микроциркуляцию и метаболизм: винпоцетин, винкамин, винконат, ницерголин, циннаризин, флунаризин, нимодипин, ксантиновые производные пентоксифиллина, карнитин, фосфатидилсерин, натрия оксибат; витамины и их производные: пантотеновая кислота, фолиевая кислота, витамин E;
- промежуточные продукты метаболизма клетки: оротовая и янтарная кислоты;
- комбинированные препараты: инстенон, омарон.

Родоначальником класса ноотропных препаратов стал пирацетам. Он был синтезирован в 1963 г. компанией UCSB в качестве антикинетического средства. Фармакологические эффекты ноотропов складываются из метаболического и нейротрофического действия, что, в свою очередь, обуславливает процессы улучшения окислительно-восстановительных реакций, уменьшение агрессивного действия продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), позитивное влияние на нейротрансмиссию. Кроме этого, данные препараты обладают вазоактивным и мягким антиагрегантным действием.

Пирацетам имеет по химической структуре сходство с ГАМК и иногда рассматривается как производное этой аминокислоты, однако в организме он в ГАМК не превращается и ее содержание в мозге после применения пирацетама не повышается.

Одной из теорий, объясняющих множество эффектов пирацетама, является мембранная теория. Несколько исследований продемонстрировали, что мембранная текучесть понижается с возрастом. Это влечет за собой ухудшение мембранно-связанных процессов: взаимодействие энзимов, рецепторов и функций. Пирацетам может восстанавливать этот процесс. С другой стороны, наблюдается положительный эффект пирацетама на утилизацию глюкозы, а также выработку АТФ. Благоприятное влияние пирацетама оказывает в ситуациях, связанных с нарушением функций головного мозга при таких состояниях, как старение, гипоксия, травмы, нейродегенеративные процессы. Во всех этих ситуациях выявляют митохондриальную дисфункцию.

Защита от митохондриальной дисфункции, повышение выработки АТФ и предотвращение апоптоза могут быть важными эффектами благоприятного влияния пирацетама при старении и нейродегенерации (поскольку митохондриальная дисфункция и снижение энергетического обмена являются ранними процессами при болезни Альцгеймера).

Пирацетам обладает нейропротективными, антиромботическими и реологическими позитивными эффектами. Взаимодействие его молекулы с фосфолипидами мембран и восстановление текучести клеточных мембран объясняет эффективность пирацетама при чрезвычайно широком спектре заболеваний.

Пирацетам используется во многих странах для лечения когнитивных нарушений в процессе старения, травм головного мозга, а также деменции. Отличительной чертой пирацетама является его низкая токсичность. В клинической практике пирацетам часто комбинируют с различными препаратами. Многие клинические исследования демонстрируют его синергичный эффект с антиконвульсантами, особенно с карбамазепином. Такая комбинация может усилить антиэпилептический эффект, нивелировать ухудшение когнитивных функций, индуцированное антиконвульсантами. Комбинация с различными витаминными комплексами помогает усилить метаболический эффект пирацетама.

Циннаризин – антигистаминный препарат, впервые синтезированный в 1955 г. как средство для лечения морской болезни и болезни Меньера. Комбинация пирацетама с циннаризином усиливает обеспечение мозга кислородом.

В настоящее время имеются официальные препараты, содержащие пирацетам и циннаризин в одной таблетке. Один из таких препаратов – Омарон®, содержащий 400 мг пирацетама и 25 мг циннаризина. Спектр показаний Омарона® включает в первую очередь цереброваскулярные заболевания, в том числе сосудистую деменцию, а также энцефалопатии различного генеза, заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся снижением интеллектуально-мнестических функций. Показана высокая эффективность Омарона® при хронических и острых ишемических поражениях головного мозга.

Режим дозирования Омарона®: 1–2 таблетки 3 раза/сут. в течение 6–12 нед. Препарат хорошо переносится, безопасность его компонентов тестировалась в течение длительного времени.

Таким образом, Омарон® – удачная комбинация разных по механизму действия средств, позволяющих практическому врачу эффективно и безопасно помогать своим пациентам.

Список литературы

1. Воронина Т.А., Середенин С.Б. Ноотропные препараты, достижения и новые проблемы // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 1998. – № 4. – С. 3–9.
2. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. – Волгоград: Ниж.-Волж. кн. изд-во, 1990. – 368 с.
3. Waegemans T., Wilsher C.R., Danniou A., Ferris S.H., Kurz A., Winblad B. Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: a meta-analysis // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2002;13:217–224.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БАЛАЛАРДАҒЫ ТІС ЖЕГІНДЕГІ МАЙЛАРДЫҢ АСҚЫН ТОТЫҒУ ҮРДІСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Сапар А.Е., магистрант, Орманов Н.Ж. – м.ғ.д., профессор, Шукпаров А.Б., м.ғ.к., профессор
ОКМА, фармакология, фармакотерапия, кл. фармакология кафедрасы

Психоневрологиялық бұзылулары (ПНБ) бар балалардағы ауыз қуысы мүшелері мен тіндерінің жай-күйі туралы қолда бар әдеби мәліметтер пародонт ауруларының жоғары таралуын көрсетеді, ал ангарымдамалық қолданыстағы әдістері балалардың осы ауытқуларында жеткілікті бейімделмеген [1]. Соңғы онжылдықтарда еркімі радикалды үрдістердің мәселесі кеңінен зерттелуде, олардың нозологияларда негізгі рөлі әртүрлі, сондай-ақ антиоксиданттық қорғаныс жүйесінің олардың теріс әсерін тиімді тежеу қабілетімен дәлелденді. Тотығу стрессінің нәтижесінде ауыз қуысының аралық эпителий мен іргелес дәнекер тінінің жасушаларының өлімі, тістердің байламды аппараттарының бұзылуы және олардың патологиялық қозғалғыштығы, регенерация үрдістердің бұзылуы, периодонтальды қалталардың пайда болуы және сүйек тінінің төмендеуі байқалады [2].

ПНБ-тын балаларда жиілігі зерттеу мәселесінің өзектілігін көрсетеді және әр түрлі жастардағы балалардың пародонт аурулары кезінде ауыз сұйықтығының параметрлерін зерттеу қажеттілігін талап етеді, бұл пародонттағы метаболикалық бұзылыстарды қалыпқа келтіруге бағытталған емдеу-профилактикалық және гигиеналық шаралар кешенін жасауға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты. Ауыз қуысының гигиенасы және зерттелетін контингенттің пародонтологиялық мәртебесі арасындағы корреляциялық талдау үшін ПНА бар балалардың ПРО -және антиоксиданттық белсенділігінің жағдайын зерттеу болды.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Қойылған міндетті шешу үшін 8-18 жас аралығындағы 88 балаларға клиникалық-зертханалық тексеру жүргізілді, оларды төрт топқа бөлді. Бірінші тәжірибелік топты (Т₁) ПНА бар 8-12 жастағы 26 бала құрады, екінші тәжірибелік топты (Т₂) ІҚЖ бар 13-17 жастағы 22 бала құрады. Бірінші бақылау (К₁) – 8-12 жастағы 20 дені сау бала және екінші бақылау тобы (К₂) – 13-17 жастағы 20 дені сау бала. Балаларды тексеру клиникалық және зертханалық әдістерді қамтитын сызба бойынша жүргізілді. Аралас сілекей сұйығын таңертен аш қарынға алынды, алынған сұйықта липидтердің асқын тотығу көрсеткіштерін анықталды. Липидтердің (майлардың) ауыз сұйықтығындағы асқын тотығу үрдістерінің белсенділігі тиобарбит қышқылымен (ТБК - СТ) серпіліске түсетін өнімдерінің саны бойынша

бағаланды (В. С. Камышников, 2004) [4]. . Антиоксиданттық жүйенің жағдайын зерттеуге SH топтары анықталды [5].

Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау. Тәжірибелік және бақылау топтарындағы балалардың ауыз қуысы гигиенасының жай-күйі туралы деректер 1-кестеде келтірілген.

Кесте 1.Тәжірибелік және бақылау тобындағы балалардағы ауыз қуысының гигиеналық жағдайын бағалау

Кіші топтар	Кіші топтар Т ₁ (%)	Кіші топтар Т ₂ (%)	Кіші топтар Б ₁ (%)	Кіші топтар Б ₂ (%)
Ohі-s мәндері*				
0,0-0,6	20,0+3,44	40,91+5,84	45,0+5,67	65,0+5,87
0,7-1,6	44,0+4,66	27,27+4,01	40,0+3,65**	25,0+3,91**
1,7-2,5	28,0+3,89	22,73+3,95	15,0+2,02	10,0+2,65
2,6-6,0	8,0+1,76	9,09+1,34	0	0

Green-Vermillion гигиеналық индексі (1964); ** t өлшемі бойынша P<0,05 мәні.

Зерттелген балалар тобында пародонт ауруының келесі таралуы анықталды (Кесте 2).Т₁ кіші тобында балалардың 48,0+3,76% – да ауырлығы жеңіл дәрежедегі созылмалы гингивит, 28,0+2,11% – да орташа ауырлықтағы гингивит, 4,0+1,02% – да жергілікті пародонтит, 24,0+2,11% - да сау пародонт анықталды.Т₂ кіші тобында балалардың 39,13+3,78% – да ауырлығы жеңіл дәрежедегі созылмалы гингивит, 4,54+1,67% – да орташа ауырлықтағы гингивит, 56,33+5,30% - да сау пародонт анықталды. Б₁ кіші тобында балалардың 20,0+3,38% – да ауырлығы жеңіл дәрежедегі созылмалы гингивит, 10,0+2,03% – да орташа ауырлықтағы гингивит, 70,0+3,86% - да сау пародонт анықталды. К₂ кіші тобында балалардың 20,0+3,43% – да ауырлығы жеңіл дәрежедегі созылмалы гингивит, 5,0+1,23% – да орташа ауырлықтағы гингивит, 75,0+5,37% - да сау пародонт анықталды.

Кесте 2.Тәжірибелік және бақылау тобындағы балалардағы пародонт ауруының таралу жағдайы

Пародонт ауруының таралу жағдайы	жергілікті пародонтит	жеңіл дәрежедегі созылмалы гингивит	орташа ауырлықтағы гингивит	сау пародонт	Жалпы саны
Т ₁	1	7	12	6	26
Т ₂	1	9	12	-	22
Б ₁	2	4	14	-	20
Б ₂	1	4	15	-	20

Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, 8-12 жастағы балалардың бақылау тобының ауыз сұйықтығындағы ТБК-РП (малон диальдегид – МДА) құрамы 0,61±0,03 мкмоль/г ақуызды, 13-17 жастағы балалардың бақылау тобында - 0,67±0,04 мкмоль/г ақуызды құрады. 8-12 жас аралығындағы балалардың бақылау тобының ауыз сұйықтығындағы SH-топтарының деңгейі 0,12±0,01 ммоль/г ақуызды, ал 13-17 жас аралығында 0,14±0,01 ммоль/г ақуызды құрады. ПНС бар балалардың ауыз сұйықтығында еркін радикалды тотығудың активтену процесі байқалды. Сонымен, бірінші топтағы балалардың аралас сілекейіндегі МДА коюлануы бақылаумен салыстырғанда 81,3% - ға (p<0,01) артты. Екінші топтағы балалардың оның деңгейі 93,6% - ға артты (p<0,01). 8-12 жастағы балалардың аралас сілекейіндегі тиол топтарының құрамы бақылау тобымен салыстырғанда 35,2% - ға (p<0,05) төмендеді, ал екінші топтағы балалардағы сульфидрил топтарының концентрациясы бақылаудан 50,3% - ға (p<0,01) төмен болды.

Қорытынды. Осылайша, зерттеу нәтижелері бойынша әртүрлі жастағы ПНС бар балалардың аралас сілекейінде "тотығу стрессінің" қарқынды дамуы байқалды, бұл тиобарбит қышқылымен реакцияға түсетін липопероксидацияның қайталама өнімдерінің пайда болуымен дәлелденді. Оттегінің улы түрлерінен (SH топтары) қорғанудың ферментативті емес механизмдері төмендеді, бұл біздің ойымызша, ПНА бар балалардағы пародонт патологиясының ағымын күшейтеді. Бұл бұзылулар Т₂ тобына қатысты пародонт ауруларының аз таралуына қарамастан, Т₁ тобындағы балаларда анағұрлым айқын.ПНС бар балалардың ағзасындағы сульфидрил топтарының жалпы жетіспеушілігі радикалды қорғаныстың мүмкіндіктерін күрт шектейді, бұл қалыпты өмір сүру жағдайында да әртүрлі биохимиялық субстраттардың нақты тотығу дәрежесін арттыруға көмектеседі. Тотығу процестеріне күкірттің шамадан тыс тұтынылуы, ақуыздар құрамындағы азайтылған күкірт ресурсын сарқып, олардың одан әрі антиоксиданттық тұрақсыздығын

тудырады және ПНС бар балалардың ағзасындағы "тотығу стрессінің" үдемелі механизмдерін көрсетеді. Зерттеудің негізгі тобында тиол қосылыстары, негізінен белоктар бос радикалдардың деструктивті әсеріне ұшырайды. Осылайша, прооксидантты потенциалдың жоғарылауымен және антиоксиданттық белсенділігінің төмендеуімен байланысты "тотығу стрессі" параметрлерінің ауырлығы негізгі топтағы балалардағы пародонттағы қабынудың ауырлығына байланысты айтарлықтай артады. Про/антиоксиданттық жүйенің көрсеткіштерін талдау ПНС бар балалардағы пародонт ауруларының ауырлығымен тікелей байланысты екенін анықтады, бұл анықталған ауытқуларды антиоксидантты түзету қажеттілігін негіздеу деп санауға болады

Библиографиялық сілтеме

1. Гуленко О.В., Фарапонова Е.А., Волобуев В.В., Быкова Н.И. Состояние перекисного окисления липидов при заболеваниях пародонта у детей с психоневрологическими нарушениями // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. №2. С.59-64;
2. Состояние про- и антиоксидантной систем смешанной слюны у подростков с зубочелюстными аномалиями / Х. Д. Джумаев, Б. Б. Аманов, С. О. Байрамов [и др.] // Молодой ученый. — 2021. — № 15 (357). — С. 39-42.
3. Трубка И. А. Биохимические показатели ротовой жидкости у детей школьного возраста при сочетанном течении кариеса и хронического генерализованного катарального гингивита под влиянием лечебно-профилактического комплекса // Здоровье ребенка. — 2018-Т.13. №3. С.269–273
4. Стальная И. Д., Гаришвили Т. Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты. / В кн.: Современные методы в биохимии. М. — 1977. — С. 66–68..
5. Торчинский Ю.М. Сера в белках. – М., 1977. – 302 с.

Сведения об авторе:

Сапар Айдана Ералиевна, магистрант 1-го года обучения Южно-Казахстанская медицинская академия, 8 702 900 00 76, э/почта: dr.aidana97@mail.ru

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Турдыбаев У.Т., резидент кардиолог 1 курса, кафедра Терапия 1, ЮКМА, ул. Альфараби №1, г.Шымкент, Республика Казахстан, email: ulugbek.turdybayev@mail.ru
Научный руководитель: Г.К. Асанова, к.м.н., зав. кафедрой Терапия 1 ЮКМА, ул. Альфараби №1, г.Шымкент, Республика Казахстан, email: agk_26@mail.ru

Резюме

Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения, высокая миграционная активность населения провоцируют появление и распространение новых инфекций по всему миру. Появление в декабре 2019 года заболеваний, вызванных новым коронаровирусом «coronavirusdisease 2019», вошло в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. В данной статье представлены результаты анализа сердечно-сосудистых осложнений инфекции COVID-19, вызываемых вирусом SARS-CoV-2 у пациентов, пролеченных в АО «Центр сердца Шымкент».

Ключевые слова: COVID-19, SARS-CoV-2, сердечно-сосудистые осложнения, инфаркт миокарда, миокардит, сердечная недостаточность.

Актуальность проблемы: COVID-19-потенциально тяжелая, острая респираторная инфекция, представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции легкого течения, так и в тяжелой форме. Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма. Помимо нарушений работы дыхательной системы у больных наблюдаются неврологические, сердечно-сосудистые, кишечные нарушения, нарушения работы почек. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) новой коронаровирусной инфекции выше, чем во время эпидемий, вызванных SARS-CoV и MERS-CoV.

Цель работы: Изучение сердечно-сосудистых осложнений коронаровирусной инфекции вызываемых вирусом SARS-CoV-2.

Материалы методы: Проведен ретроспективный анализ у 150 больных с сердечно-сосудистой патологией и тяжелой внебольничной COVID-19 ассоциированной пневмонией, получавших лечение в провизорном отделении АО «Центр сердца Шымкент» с 16.06.2020г. Анамнестические данные, факторы риска пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1- Клиническая характеристика пациентов с сердечно-сосудистой патологией и COVID-19 ассоциированной пневмонией:

Показатель	Значения
Пол, муж	83 (56%)
Возраст, годы	68±29
ОИМ	11 (7,3%)
Стентирование коронарной артерии	8 (5,3%)
Нестабильная стенокардия	76 (51%)
Стабильная стенокардия напряжения	3 (2%)
ИМ в анамнезе	11 (7,3%)
Артериальная гипертония	105 (70%)
Сахарный диабет	37 (24,7%)
Беременность	5 (3,3%)
Хроническая сердечная недостаточность	6 (4%)
Миокардит	4 (2,7%)
Тубулоинтерстициальный нефрит	4 (2,7%)
Фибрилляция предсердий	7 (4,7%)

Как видно из таблицы, среди исследуемых большинство (56%) было мужчин, средний возраст больных составил 68±28. Из факторов риска наиболее часто встречались: артериальная гипертония у 105 (70%), сахарный диабет у 37(24,7%), инфаркт миокарда в анамнезе у 11(7,3%) пациентов. У 11 (7,3%) пациентов диагностирован острый инфаркт миокарда, проведена коронароангиография, 8 (5,3%) пациентам установлены стенты в коронарную артерию. Нестабильная стенокардия выявлялась у 76 (51%) пациентов, стабильная стенокардия напряжения у 3 (2%) пациентов, беременные женщины с сердечно-сосудистой патологией и COVID-19 ассоциированной пневмонией составили 5 (3,3%). Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 6 (4%) пациентов, миокардит у 4 (2,7%) пациентов, тубулоинтерстициальный нефрит у 4 (2,7%) и фибрилляция предсердий у 7 (4,7%) пациентов. Наиболее частые осложнения у госпитализированных пациентов с сердечно-сосудистой патологией и тяжелой внебольничной COVID-19 ассоциированной пневмонией представлены в таблице 2. У 6 (4%) пациентов течение заболевания осложнилось острой дыхательной недостаточностью, что потребовало применения экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Острая левожелудочковая недостаточность развилась у 5 (3,3%) пациентов, кардиогенный шок у 9 (6%) пациентов. Частота нарушений ритма сердца составила 4,7%, из них - желудочковая тахикардия у 2 (1,3%) пациентов и наджелудочковая тахикардия у 5 (3,3%).

Таблица 2- Осложнения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и COVID-19 ассоциированной пневмонией:

Острая дыхательная недостаточность	6(4%)
Острая левожелудочковая недостаточность	5 (3,3%)
Кардиогенный шок	9 (6%)
Желудочковая тахикардия	2 (1,3%)
Наджелудочковая тахикардия	5 (3,3%)
Легочная эмболия	15 (10%)
Желудочно-кишечное кровотечение	4 (2,7%)
Острая почечная недостаточность	4 (2,7%)
ДВС синдром	3 (2%)
Сепсис	1 (0,7%)
Энцефалопатия	6 (4%)
Летальный исход	29 (19,3%)

Легочная эмболия наиболее часто встречающееся осложнение у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и тяжелой внебольничной COVID-19 ассоциированной пневмонией, характеризующаяся высокой летальностью диагностировано у 15 (10%) пациентов. Желудочно-кишечное кровотечение являющееся частым осложнением в результате широкого применения антиагрегентов, антикоагулянтных препаратов встречалось у 4 (2,7%) пациентов. Острая почечная недостаточность развилась у 4 (2,7%), ДВС синдром у 3 (2%), сепсис у 1 (0,7%), среди неврологических нарушений энцефалопатия встречалась у 6 (4%)

пациентов. За время лечения в условиях провизорного отделения АО «Центр сердца Шымкент» 60 (40%) пациентов были подключены к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), проведено 30 процедур гемодиализа и гемодиалитриции. Несмотря на проводимое лечение, с использованием высокотехнологичных методов умерло 29 человек, летальность составила 19,3%. Среди больных с летальным исходом 16 (55%) пациентов были переведены в крайне тяжелом состоянии из других провизорных стационаров. У 15 (52%) из них диагностирована легочная эмболия, у 5 (3,3%) пациентов кардиогенный шок.

Результаты и обсуждение: В нашем наблюдении из факторов риска часто встречались: артериальная гипертензия у 105 (70%), сахарный диабет у 37 (24,7%) пациентов. В исследовании подтвердились данные об увеличении риска тяжелого заболевания и риска летального исхода у людей старше 60 лет, пациентов с хроническими болезнями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом. По мере прогрессирования процесса инфильтрация нарастает, зоны поражения увеличиваются, присоединяется острая дыхательная недостаточность. При прогрессировании инфекции развивается коагулопатия, полиорганная дисфункция, сепсис [1]. Данное исследование показало, что сердечная недостаточность, коагулопатии с развитием легочной эмболии являются не только типичным клиническим проявлением тяжелой коронарновирусной инфекции, но и занимают заметное место в структуре летальности.

Выводы: Наиболее значимыми факторами, повышающими риск тяжелого заболевания и риск летального исхода является коморбидность: наличие сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета у пациентов пожилого возраста.

Заключение: В заключении можно констатировать, что вирус SARS-CoV-2 обладает выраженной кардиотропностью, способностью повреждать миокард за счет системного воспаления, гиперкоагуляции и дисбаланса между доставкой и потреблением кислорода. Эти патологические процессы особенно значимы у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, повышающими как риск тяжелого течения COVID-19, так и летального исхода. Все вышеуказанное требует кардиологической настороженности при лечении больных COVID-19, своевременного использования ЭхоКГ, ЭКГ, контроля биомаркеров повреждения миокарда, а также патогенетически обоснованного назначения кардиотонических и кардиопротективных лекарственных средств.

Литература

1. В.В. Никифоров, Т.Г. Суранова, Т.Я. Чернобровкина и др. Новая коронарновирусная инфекция (COVID-19): Клинико-эпидемиологические аспекты. // Архив внутренней медицины. - 2020. - №2. - С. 87-93.
2. И.А. Козлов, И.Н. Тюрин. Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 // Вестник анестезиологии и реаниматологии, Том 17. - 2020. - №4. - С.14-22.
3. Long B., Brady W.J., Koefman A. et al. Cardiovascular complications in COVID-19. Am. J. Emerg. Med., 2020, Apr. 18, pp. 1-4. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.048.

Абдуллаева Айжан Полатовна, магистрант первого года обучения М1702-81, Южно-Казахстанский государственный педагогический университет, г.Шымкент, Республика Казахстан
Научный руководитель: Дмитриук Н.В., д.ф.н., профессор

ОБРАЗОВАНИЕ КАЗАХСТАНА ЗА 30 ЛЕТ НЕЗАВИСИМОСТИ И БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС

Когда в декабре 1991 года на политической карте мира появилось новое государство – Республика Казахстан, ему пришлось пройти через сложный период становления. Прошло три десятилетия. Сегодня мы отмечаем 30-летие ее Независимости. Все, кто жил и работал в те нелегкие времена, прекрасно знают, что в тот момент не созданы и не были изданы книги, и уж точно не было настольных книг и пособий по управлению государством в этих быстро меняющихся условиях. Старые методы не подходили, а новые еще не изобрели, если образно сказать. Казахстану приходилось все строить заново. И модель получилась в итоге – чисто казахстанская.

Все главные вехи становления независимого Казахстана – международно-правовое оформление границ, эффективная модель межэтнического и межконфессионального согласия, закрытия Семипалатинского испытательного ядерного полигона, первый полет Тохтара Аубакирова, решительные шаги по закреплению в Конституции гражданских основ государственности, утверждение статуса государственного языка, и многое другое, проходят и через биографии рядовых казахстанцев, людей старшего поколения. Мы, родившиеся за десять лет обретения Независимости, еще в школьном возрасте на себе почувствовали, что означает разрыв экономических связей, резкое сокращение человеческих ресурсов, мизерное финансирование бюджетных организаций, остаться без голубого топлива в жилых массивах, отопления и электричества. Кстати, во времена экономической разрухи многие категории граждан месяцами не получали зарплату, выдержали, вынесли на своих плечах, выстояли всем смертям назло.

И вот теперь Covid-19. Пандемия коронавирусной инфекции, охватившая весь мир, внесла свои коррективы в политико-экономический ландшафт государств, усугубила кризис мировой экономики, безработицу и бедность, проблемы продовольственной безопасности. Как и все государства, Казахстан извлекает уроки из глобальной пандемии, которая показала все проблемы, раньше считавшиеся несерьезными.

Если же переходить на образование, то политика в сфере образования формируется с учетом стратегических приоритетов социально-экономического развития республики. Приоритетными являются вопросы обеспечения качества подготовки специалистов, доступности образования для всех слоев населения, укрепления научно-технического потенциала страны.

Государственная программа развития образования и науки Республики Казахстан на 2020 - 2025 годы, утвержденная постановлением Правительства РК от 27 декабря 2019 года за №988, позволяет нам проследить этапы развития высшего образования в стране и выделить основные моменты[1].

Остановимся на основных этапах, которые были пройдены и которые предстоят нам пройти.

1991-1994 гг. – определение приоритетов системы высшего образования и создание его нормативно правовой базы;

1995 – 1998 гг. – модернизация системы высшего образования и обновление ее содержания;

1999 - 2000 гг. – децентрализация управления и финансирования образования, расширение экономических свобод организаций образования;

2001 – 2015гг. - дальнейшее совершенствование системы высшего образования, вызванного необходимостью повышения качества подготовки в государственных и негосударственных высших учебных заведениях.

2016 - 2019 гг. - обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования, и поощрения возможности обучения на протяжении всей жизни для всех.

2020-2025 - повышение глобальной конкурентоспособности казахстанского образования и науки, воспитание и обучение личности на основе общечеловеческих ценностей. Увеличение вклада науки в социально-экономическое развитие страны.

В государственной программе развития образования и науки Республики Казахстан на 2020-2025 годы отмечены также и недоработки, в частности, говорится, что объем финансирования образования и науки не соответствует стратегическим задачам страны в развитии навыков высокого уровня, повышения конкурентоспособности научного потенциала, соответствия принципам и стандартам стран ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития). В связи с этим, Президентом Казахстана Токаевым К. К. поручено предусмотреть увеличение общих расходов на образование и науку до 5 % от ВВП в Программе[1].

Здесь приведен **SWOT-анализ системы образования, где отмечены Сильные стороны, приведен их ниже:**

- 1) обеспечение непрерывного профессионального развития педагогических работников;
- 2) обновление содержания образования;

- 3) поэтапное внедрение подушевого финансирования;
- 4) внедрение дуального обучения в системе ТиПО;
- 5) реализация проекта "Бесплатное профессионально-техническое образование для всех";
- 6) расширение академической свободы ВУЗов;
- 7) рост публикационной активности профессорско-преподавательского состава (далее - ППС) и ученых;
- 8) существование точек роста - АОО "Назарбаев университет" - университет мирового класса, АОО "Назарбаевские интеллектуальные школы";
- 9) членство в Болонском процессе;
- 10) программа "Болашак";
- 11) открытость;
- 12) стремление к международному партнерству;
- 13) полиязычное образование;
- 14) финансирование государством программы академической мобильности и привлечения зарубежных топ-менеджеров и ученых;
- 15) трехуровневая система подготовки кадров;
- 16) наличие в вузах программ двухдипломного образования;
- 17) прозрачность принимаемых решений;
- 18) наличие подписки на научные базы данных.

Выделены и Слабые стороны, к которым отнесены:

- 1) старение остепененных кадров;
- 2) отсутствие системы достоверной образовательной статистики;
- 3) недофинансирование системы образования;
- 4) затраты на образование составляют 3,8 % при рекомендуемых ЮНЕСКО 5-7 %.
- 5) неравномерное распределение образовательных грантов;
- 6) избыточное количество многопрофильных университетов, не соответствующее потребностям регионального развития;
- 7) диспропорция в подготовке кадров;
- 8) несовершенство информационных систем в учебных заведениях;
- 9) средняя зарплата преподавателей является одной из самых низких в мире;
- 10) сильно устарела инфраструктура организаций высшего образования;
- 11) несбалансированность содержания образовательных программ;
- 12) наука и отраслевые научные исследования не координируются единым органом;
- 13) слабая связь науки, образования и производства;
- 14) низкое качество педагогического образования;
- 15) не соответствие компетенций профиля выпускников требованиям профессионального сообщества;
- 16) барьеры при внутренней академической мобильности - разная стоимость обучения;
- 17) несовершенство системы признания результатов обучения предыдущего уровня;
- 18) низкий уровень мотивации труда научных работников в системе высшего образования РК;
- 19) отсутствие плановой системы повышения квалификации;
- 20) слабый уровень владения ППС иностранными языками;
- 21) недостаточное использование ППС и исследователями научных баз данных;
- 22) количество обучающихся по программам PhD не покрывает потребности организаций высшего образования и НИИ в остепененных кадрах.

Осуществление мероприятий, предложенных в Государственной программе развития образования и науки будет происходить через индикаторы, к которому будут стремиться не только школы, но и вузы. Пусть это будет постепенно, как и в прошлые годы – в течение 5-6 лет. Так на какие целевые индикаторы Правительство предусматривает обратить внимание руководителей вузов, среднего и профессионального образования, послевузовского образования в том числе[1].

1. Охват дошкольным воспитанием и обучением детей от 1 до 6 лет - 85,3 %, от 3 до 6 лет - 100 %.
2. Результаты 15-летних казахстанских учащихся в международном исследовании PISA (Организации экономического сотрудничества и развития (далее - ОЭСР) - математика - 480 баллов, чтение - 450 баллов, наука и естествознание - 490 баллов.
3. Индекс благополучия детей в Республике Казахстан - 0,73 балла.
4. Доля трудоустроенных выпускников в первый год после окончания учебных заведений технического и профессионального образования (далее - ТиПО) по государственному образовательному заказу - 75 %.
5. Доля трудоустроенных выпускников в первый год после окончания высшего учебного заведения по государственному образовательному заказу - 75 %.

6. Доля расходов на науку от внутреннего валового продукта - 1%.

7. Прирост казахстанских публикаций в рейтинговых изданиях от общего количества публикаций в 2018 году (4873 ед.) по данным информационных ресурсов на платформе Web of Science (Clarivate Analytics) и Scopus (Elsevier) на 88 %

8. Качество научно-исследовательских организаций (Глобальный индекс конкурентоспособности Всемирного экономического форума (далее - ГИК ВЭФ)) - 63-е место[1].

Сколько же будет выделено средств?

На реализацию Программы в 2020 - 2025 годах будут направлены средства бюджета в размере 11 578 млрд. тенге (республиканского бюджета (далее - РБ) - 9 565 млрд тенге, местного бюджета (далее - МБ) - 716 млрд тенге, Всемирного банка (далее - ВБ) - 13 млрд тг., частных инвестиций - 1 284 млрд тенге), в том числе:

2020	-	1 161	млрд	тенге
2021	-	1 336	млрд	тенге
2022	-	1 708	млрд	тенге
2023	-	2 311	млрд	тенге
2024	-	2 383	млрд	тенге
2025	-	2 679	млрд	тенге

а также другие средства, незапрещенные законодательством Республики Казахстан [1].

Над выполнением данной программы сегодня трудятся как представители Министерства образования и науки РК, так и учителя, педагоги высшей школы.

Не прошло и двух лет со дня принятия Программы. И пусть медленно, но статус учителя в общеобразовательных школах, и педагога повышается из года в год, увеличивается размер заработной платы, в школах теперь нет большой текучести кадров, поскольку каждый из нас чувствует на себе процессы модернизации педагогического образования.

Образование является важнейшим социальным институтом, функционирующим с целью удовлетворения общественных потребностей и живо реагирующим на внутренние и внешние изменения. Здесь мы переходим к Болонскому процессу межстрановым экономическим связям, формирующим потребность в универсальных кадрах, получающих профессиональную подготовку в национальных, многопрофильных, инженерных, медицинских, педагогических вузах.

Инициатива создания европейского университетского сообщества и единого европейского пространства высшего образования предложена одним из старейших в Италии - Болонским университетом. В 1986 году, готовясь к своему 900-летию юбилею, Университет обратился ко всем университетам Европы с предложением принять Великую Хартию Университетов – Magna Charta Universitarum. В 1988 году документ, провозглашающий универсальные и непреходящие ценности университетского образования был подписан ректорами 80 вузов.

Постепенно процесс европейской интеграции высшего образования перерос с университетского на государственный уровень. В 1998 г. в Париже в стенах знаменитого Сорбонского университета, в период празднования его юбилея, состоялось совещание министров образования четырех стран (Франция, Великобритания, Германия, Италия). Сорбонская декларация «О гармонизации архитектуры европейской системы высшего образования» впервые обосновала стратегическую цель создания зоны европейского высшего образования и ускорила дальнейшее развитие событий.

В 1999 году в Болонье состоялась Первая конференция 30-и европейских министров образования. Принятая декларация «Зона европейского высшего образования», определила основные цели, ведущие к достижению сопоставимости и гармонизации национальных образовательных систем высшего образования в странах Европы. Именно этот документ дал старт Болонскому процессу. В дальнейшем встречи европейских министров образования-участников Болонского процесса стали регулярными с интервалом в два года.

В 2001 году министров образования приняла Прага, в 2003 году – Берлин. Четвертая, встреча состоялась в мае 2005 года в норвежском городе Бергене. Здесь о вступлении в Болонский процесс заявили пять стран бывшего Советского Союза, включая Украину. Пятая встреча прошла в 2007 году в Лондоне, шестая – в 2009 году в Левене/Лувен-ла-Неве, седьмая – в 2010 году в Будапеште, восьмая – в 2012 году в Бухаресте, девятая – в 2015 году в Ереване.

В 2010 году Казахстан стал полноправным участником Европейского пространства высшего образования (ЕПВО). Казахстан – первое центрально-азиатское государство, признанное полноправным членом ЕПВО. Вхождение Казахстана было отмечено министрами ЕПВО в Будапештско-Венской декларации.

В настоящее время в Болонский процесс свыше 50 стран. Высшим органом, принимающим решения по всем вопросам структуры и развития Болонского процесса, является Конференция министров. Встречи министров образования стран-участниц Болонского процесса проходит раз каждые 2-3 года.

В настоящий момент 18 университетов Казахстана подписали Великую Хартию Университетов (в т.ч. Казахский Национальный Университет им. Аль-Фараби).

Какие основные изменения в системе образования внесла Болонская система?

- Двенадцатилетнее школьное образование.
- Три ступени высшего образования: бакалавриат (4 года), магистратура (2 года), докторантура (3 года).
- **Академическая мобильность.** Это возможность для студентов «перемещаться» из одного вуза в другой с целью обмена опытом и получения знаний, которые могут быть недоступны в «своем» вузе. Рекомендуется каждому студенту проводить один семестр в другом вузе, предпочтительно за рубежом.
- Способ оценки знаний по **Европейской системе взаимозачета кредитов – ECTS.** За каждый прослушанный курс студент будет получать зачетные единицы – кредиты (кстати, с кредитами в экономике этот термин не имеет ничего общего), выражающие количество прослушанных часов. Система зачетных единиц выполняет две основные функции. Первая – перезачет курсов, полученных в другом вузе. Необходимую сумму единиц студент может набрать в другом вузе, и его «собственный» вуз должен их студенту зачесть. Вторая функция – накопительная. Студент может в силу разных причин получать образование с разрывом во времени, «порциями». Например, меняя вузы.
- **Европейское приложение к диплому.** Приложение состоит из 8 разделов, содержащих сведения обо всем учебном процессе студента. Оценки же проставляются не по пятибалльной шкале, а латинскими буквами: A, B, C, D, E, FX, F. Где A – отлично, F – неудовлетворительно.
- Система подразумевает непрерывную учебу во время семестра, что, скорее всего, не даст расслабиться в течение учебного года. Жить "весело от сессии до сессии" студентам больше не придется.

Плюсы реформы системы образования в Казахстане

- Предполагается, что из бакалавров будет формироваться основная масса работников, а из магистров – интеллектуальная элита. Обучение бакалавров нацелено на широкую область профессиональной деятельности, магистров – на овладение узкопрофильными знаниями и особенностями конкретных профессий. Бакалавриат в нашей стране удовлетворит возросший в последнее время спрос на получение высшего образования.
- Кроме того, Болонская система даст возможность комбинировать знания: можно стать бакалавром по одной специальности, а магистратуру закончить по другой. Бесспорным плюсом будет появление математиков-экономистов, химиков-биологов, юристов-экономистов. Отпадет неудобная и расточительная по деньгам и времени практикующаяся в настоящее время система получения платного второго высшего образования.
- **Двухступенчатая система образования** как нельзя лучше подходит в наше время, когда знания имеют свойство быстро устаревать. Новая система образования предусматривает «пожизненное» образование, заключающееся в программах дополнительного образования для выпускников.

Минусы реформы системы образования

- Не вызывает доверия новая система оценивания знаний. Во многом она действует некорректно, двусмысленно и необъективно. Да и сами преподаватели пока не могут к ней привыкнуть и понять ее.
- Резкое изменение системы высшей школы в Казахстане привело к ухудшению уровня образования, уменьшению оплаты преподавателей (за счет уменьшения «часов» при возросших трудозатратах на подготовку новых программ и адаптацию к новой системе).
- Были адаптированы только внешние составляющие – кредиты, многоуровневая система обучения, 1 предмет = 1 семестр. Внутренние составляющие Болонского процесса – академическая мобильность студентов и преподавателей – не работает.

Ученые Казахстана на протяжении многих лет публиковали статьи на тему поддержки Болонской декларации и подписания документов ректорами вузов Казахстана. Лишь с 2010 года в Казахстане стали происходить изменения в системе образования, поскольку вузы и общеобразовательные школы ощутили финансовую поддержку со стороны государства на прохождение производственной практики студентов в странах СНГ и Европы, выделялись средства на обновление материально-технической базы, фондов библиотек и т.п.. Кто-то из ученых хвалил переход на Болонский процесс, а где-то просто не уживался, если образно выразиться, поскольку не вписывался в стандарты некоторых специальностей, требовавших от студентов знаний, компетенции, овладения навыками и умениями. Так, в статьях авторов Кишибаевой Б.С., Кыздарбекова А.С., преподавателей кафедры «Учет и аудит» КазНУ им.аль-Фараби «Реформирование высшего образования в Казахстане в контексте Болонского процесса», опубликованный в информационно-аналитическом журнале «Высшая школа Казахстана» №4/2017(20), ISSN 2413-5488. С.11-13, призывают приблизиться к мировым стандартам образования через Болонский процесс.

Противниками внедрения Болонского процесса выступили ученые-медики. «Опыт перехода подготовки врачей в медицинских вузах по принципам Болонского процесса наряду с положительными моментами выявил и отрицательные тенденции, причинами которых явились – низкая адаптация западных

технологий образования к исторически созданным условиям и менталитету страны. – пишет в статье «Пути улучшения качества подготовки врачей» профессор, зав.кафедрой МКТУ им. Ясави А.З.Сатханбаев в информационно-аналитическом журнале «Высшая школа Казахстана» №3/2017(19), ISSN 2413-5488. С.86-89. – Это отчетливо проявляется в интернатуре: только 15-20% обучающихся на достаточном уровне имеют предварительные знания и практические навыки, а также активное желание к дальнейшему обучению. У 50-60% базовые знания и способности средние, но низкая активность и желание обучаться главным образом отсутствует из-за отсутствия интереса к медицине и призванию. Если преподаватель сможет их «разбудить», то из них можно получить врачей среднего звена. У 15-20% базовые знания и способности очень низкие. Из них невозможно подготовить врачей из-за несоответствия способностей освоению получаемых знаний. То есть 30-50% поступивших в интернатуру должны были быть отчислены в бакалавриате, лучше на 1-2 курсах, чтобы они имели возможность найти свое призвание или получить среднее образование соответственно уровню интеллекта».

Несмотря на то, что национальные вузы наделяются компетенциями по самостоятельной разработке образовательных стандартов и требований, идет привязка к Национальной рамке квалификаций (рамка была разработана в 2012 году и обновлена в 2016 году), участвуют вузы в рейтингах образовательных программ, улучшают качество образования, до сих пор в высшие учебные заведения не могут обеспечить выпускников возможностью обучения и трудоустройства в любой стране мира.

И такие непессимистические прогнозы в подготовке кадров прозвучали в статьях авторов Аканов А.А. (Проблемы реформирования медицинского образования в Казахстане/Г.М.Есенжанова//Педиатрия и детская хирургия Казахстана-2010-№4.-С.12-14.), Арыстанова Т.А. (Проблемно ориентированное обучение в фармацевтическом образовании//Фармация Казахстана.-2011.- № 5.-С.18-21). Икимова Д.Т. (Проблема трудоустройства молодых специалистов в Казахстане//Білім-Образование-2014.-№4.-С.87-94). Кусанова А.Е. (Проблемы формирования профессиональных качеств педагога в современных условиях: опыт высшей школы Казахстана)// Высшая школа Казахстана. - 2015.- №4.-С. 49-51). Махмутов С.А. (Роль и место кафедр в решении проблемы обеспечения качества высшего профессионального образования //Вестник Академии Педагогических наук Казахстана.- 2010.- № 2. - С.44-49). Мухаметкалиев Т.М. (Казахстанское образование: скрытые "болезни" системы и пути оздоровления//Современное столичное образование.- 2009.- № 3-4.-С.22-27). Современные проблемы обновления содержания социального образования в Республике Казахстан / А. Ж. Сапаргалиева [и др.] // Высшее образование сегодня. - 2014. - №2. - С. 59-63.

В средствах массовой информации стран СНГ, в частности, в социальных сетях, на данных ресурсах есть интервью ректора Московского государственного университета имени Ломоносова Садовниченко, который не приветствует Болонский процесс, и об этом он заявляет со всей серьезностью и решимостью. Видимо, наступали на те же грабли, как и университеты страны, открывшие в новом тысячелетии колледжи при университетах. Диплом государственного образца выдавался по бакалавриату, а как громко звучит вуз – МГУ им.Ломоносова, как будто имеет высшее образование, которого нет, есть среднее специальное. Если раньше обучали студентов 5 лет и запись в дипломе гласила «высшее образование», то бакалавриат означает обучение четыре года и «среднее специальное образование», а до высшего – нужно, к примеру, в Казахстане окончит магистратуру.

Все точки над «и» во всех странах СНГ, да и в других, конечно же, поставит время. Радуется то, что тесное международное сотрудничество между вузами государств, академическая мобильность, стажировка и прохождение производственной практики для лучших студентов – есть стимул для отличной учебы, повышения уровня профессиональной подготовки, и получения качественных знаний.

Литература

1. Государственная программа развития образования и науки Республики Казахстан на 2020 - 2025 годы, утвержденная постановлением Правительства РК от 27 декабря 2019 года за №988 <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000988>
2. Развитие Болонского процесса в Казахстане: проблемы и перспективы <https://articlekz.com/article/20724>
3. Кишибаева Б.С., Кыздарбекова А.С. Реформирование высшего образования в Казахстане в контексте Болонского процесса// журнал «Высшая школа Казахстана» №4/2017(20), ISSN 2413-5488. С.11-13
4. Сатханбаев А.З. Пути улучшения качества подготовки врачей//журнал «Высшая школа Казахстана» №3/ 2017 (19), ISSN 2413-5488. С.86-89.
5. Аканов А.А., Г.М.Есенжанова. Проблемы реформирования медицинского образования в Казахстане //Педиатрия и детская хирургия Казахстана-2010-№4.-С.12-14.)
6. Арыстанова Т.А. Проблемно ориентированное обучение в фармацевтическом образовании//Фармация Казахстана.- 2011.- № 5.- С.18-21.
7. Икимова Д.Т. Проблема трудоустройства молодых специалистов в Казахстане//Білім-Образование-2014.-№4.-С.87-94.
6. Кусанова А.Е. Проблемы формирования профессиональных качеств педагога в современных условиях: опыт высшей школы Казахстана)// Высшая школа Казахстана. - 2015.- №4.-С. 49-51).
7. Махмутов С.А. Роль и место кафедр в решении проблемы обеспечения качества высшего профессионального образования //Вестник Академии Педагогических наук Казахстана.- 2010.- № 2. - С.44-49).
8. Мухаметкалиев Т.М. Казахстанское образование: скрытые "болезни" системы и пути оздоровления// Современное столичное образование.- 2009.- № 3-4.-С.22-27).
9. Современные проблемы обновления содержания социального образования в Республике Казахстан / А. Ж. Сапаргалиева [и др.] // Высшее образование сегодня. - 2014. - №2. - С. 59-63.

УДК 618.14-002
МРНТИ 76.29.48

Мамырбекова С.У. – врач акушер - гинеколог высшей категории, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, Казахстан.
Дартай А.И., Онгар А.Б., Ерланова Д.Е., резиденты 2 курса, факультет «Акушерство и гинекология, в том числе детская», г.Шымкент, Казахстан, dartaeva@bk.ru, ongar_aydana@mail.ru, erlanova66@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Актуальность проблемы.

Одной из приоритетных задач современного акушерства является снижение материнской и младенческой смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и правильному родоразрешению.

В настоящее время операция «кесарево сечение» является наиболее распространенной родоразрешающей операцией, которая выполняется как в плановом, так и экстренном порядке.

В последние годы прослеживается тенденция к расширению показаний к кесареву сечению в связи со значительным ростом развития репродуктивных технологий, экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, частоты операций в интересах плода, которая свою очередь побуждает проблему повторного кесаревого сечения. В Республике Казахстан частота кесарева сечения, в среднем составляет 15-16 %, в перинатальных центрах-35-40%.

Рост кесаревых сечений в мире неминуемо привело к значительному увеличению количества приращений плаценты.

Истинное приращение плаценты - это серьезное осложнение беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии. Отсутствие губчатого слоя децидуальной оболочки приводит к проникновению в миометрий ворсин хориона.

Ключевые слова: *предлежание плаценты, приращение плаценты, кесарево сечение, кровотечение, эндовазкулярная баллонная окклюзия аорты, гистерэктомия.*

Пациентка М., 1990г рождения, поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей на фоне полного покоя, доставлена в ГПЦ.

Анамнез заболевания: Данная беременность-5, роды предстоят-4.Желанная. Состоит на учете. Со слов беременной установлен пессарий в сроке 17 недель беременности. В сроке 24 недели находилась на стационарном лечении когда диагностировано Предлежание плаценты. Профилактика СДР плода проведена в полном объеме.

III УЗИ плода: По данным фетометрии срок беременности 27 недель 1 день. Предлежание плаценты, не исключается приращение. Эхо признаки ИЦН.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Вирусный гепатит, туберкулез, кожно-венерологические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Перенесенные операции-в 2014г, 2017г, 2020г кесарево сечение. Гемотрансфузии за последние 6 месяцев не было. Данная беременность-5, роды предстоят-4.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, по 4-5 дней, регулярные, небольшие, безболезненные, установились сразу, через 26-28 дней. Последние menses:14.06.2021г. В браке состоит. Гинекологические заболевания: отрицает.

1.Беременность - 2014г оперативные роды в срок, по поводу обструкции родов, вес - 4160.0, послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

2.Беременность - 2017г – плановые оперативные роды в срок, отказ женщины от естественных родов, рубец на матке (1), вес - 3300.0, послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеопера-ционной раны первичным натяжением.

3.Беременность - 2019г СПВ в срок 7 недель, abrasion cavi uteri, без особенности.

4.Беременность - 2020г- экстренные оперативные роды в сроке 29 недель, по поводу рубца на матке (2), I период родов, вес - 1300.0, жив, послеоперационный период протекал без осложнений, заживление после операционные раны первичным натяжением.

5.Беременность 2022г - данная.

Объективные данные: Общее состояние удовлетворительное. В сознание адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Т тела 36.4 С. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердце, легки без особенности. Пульс 100 в мин. АД 90/60, 80/60 мм. рт.

ст. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет беременности. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологическое отправление в норме.

Акушерский статус: Матка четких контуров, без локальной болезненности, не возбудима, перерастянута в поперечном. Родовой деятельности нет. Положение плода поперечное. Головка справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд в мин.

Status localis: на передней брюшной стенке определяется послеоперационный рубец длиной 10 см, шириной 1,0см, при пальпации безболезненный, неспаянный с подлежащими тканями, симптом «ниши» отрицательный.

На зеркалах: Шейка матки чистая, выделения кровянистые, со сгустками.

Сроки беременности:

По последней менструации – 30 недель 3 дня. По УЗИ - 29 недель 2 дня.

Диагноз: 5/4 Беременность 29 недель 2 дня. Предлежание плаценты. Поперечное положение плода. Рубец на матке (3). Истмико-цервикальная недостаточность. Вставление акушерского пессария (10.2021г).

В приемном покое Сито! взяты анализы: общий анализ крови, кровь на RW, коагулограмма, биохимия крови, кровь на отстой, группа крови и Rh фактор, свертываемость.

Женщина транспортирована на каталке с внутривенным доступом в операционный блок.

Обследована: Группа крови - А(II) - вторая; резус-фактор-Rh+(положительный).

ОАК (6 параметров) на анализаторе гематокрит(НСТ) - 31,7 %, моноциты - 4,2 %, лимфоциты - 25,7%; тромбоциты (PLT) в крови - (222 /л); эритроциты (RBC) в крови - (3,7 /л); лейкоциты в крови - (13,6 /л); гемоглобин (HGB) в крови - (107 г/л).

ПВ-ПТИ-МНО на анализаторе ПТИ анализатор - (84 %); ПВ анализатор - (13,1 сек); **Фибриноген на анализаторе**-(3,15 г/л); общий белок в сыворотке крови - 62,1 г/л ;креатинин в крови - 59,9 мкмоль/л; мочевина в сыворотке крови - 2,4 ммоль/л; АЛаТ - 19,8 МЕ/л ; общий билирубин в сыворотке крови - 14,3 мкмоль/л; АСаТ - 24,7 МЕ/л.

РНК вируса COVID-19 ПЦР РНК COVID-19 – отрицательно.

УЗИ акушерское во 2 - 3 триместре беременности Заключение: Беременность 29 недель 4 дня (по фетометрии). Полное предлежание плаценты с имплантацией по рубцу и не исключается локальное приращение в области нижнего маточного сегмента. Рубец на матке. Поперечное положение плода.

Согласно плану ведения:

В/в начата инфузия 0,9% раствор натрия хлорида – 1000,0 мл, вызвана лаборантка.

Женщина транспортирована в операционный блок для операции.

В экстренном порядке пациентке проведена операция:

Операция: Лапаротомия. Кесарево сечение. Экстирпация матки без придатков. Ушивание мочевого пузыря.

Катетеризация. Дренирование брюшной полости. Показания: полное предлежание плаценты, кровотечение

Обезболивание: ТВА+ИВЛ.

Особенности операции

При вскрытии брюшной полости - нижний сегмент матки полностью истончен, через нее видна плацентарная ткань. На всем протяжении нижнего сегмента матки имеется обильное венозное сплетение, переходящее на мочевой пузырь. Выше рубца на матке, поперечным разрезом в 1см, скальпелем вскрыта полость матки, края разреза сразу же самостоятельно разошлись по сторонам.

В рану предлежит плацентарная ткань, через которую головка плода выведена в рану, за подмышечные впадины, на 5 минуте извлечен живой, недоношенный плод мужского пола весом -1400.0гр, рост - 46см, с оценкой по шкале Апгар 2-5-7 баллов. Ребенок отделен от матери, передан врачу неонатологу-реаниматологу. Подтягиванием за пуповину удалить послед полностью не удается. Локализация плаценты передняя стенка, с переходом на внутренний зев, отмечается приращение на протяжении 3*4 см в стенку мочевого пузыря. Матка не сокращается, обильно кровит. Объем кровопотери достиг 1500.0мл. Попытка отделить послед прекращена.

Интраоперационно созван консилиум врачей для решения вопроса окончательного гемостаза и расширения объема операции до тотальной гистерэктомии, в составе гл.врача, зам.глав врача, зав ОАРИТ, врачей, зав ОПБ.

Решено по жизненным показаниям произвести тотальную гистерэктомию без придатков.

Яичники и маточные трубы без изменений. Операция осложнилась повреждением задней стенки мочевого пузыря из-за прорастания ворсинок хориона и обильного кровотечения из венозных сплетений стенок.

В операционную вызван дополнительно врач уролог, хирург.

Произведена экстирпация матки без придатков. Отдельно провязаны сосуды стенок мочевого пузыря. На культю влагалища с целью гемостаза дополнительно наложены П-образные викриловые швы.

Сосудистые пучки повторно прошиты викрилом. Культю придатков вшиты в культю влагалища.

После гемостаза целостность мочевого пузыря восстановлена двухрядным непрерывным викриловым швом. Забрюшинно и в заднем своде оставлена двухпросветная дренажная трубка, выведена через контрапертуру справа. Брюшная полость послойно ушита.

Общая кровопотеря -3000.0мл. Продолжительность операций: 3,5 часа.

Макропрепарат:

Тело матки до 18 недель беременности, бледной окраски, дряблая, в полости приращенная плацента, по передней стенке с переходом на внутренний зев. Отправлен на гистологическое исследование.

-Учитывая объем кровопотери, длительность и сложность операции, получила антибактериальную и антикоагулянтную терапию.

Заключительный диагноз: 5 беременность, 29 недель и 2 дня. Полное предлежание плаценты. Поперечные положение плода. Кровотечение. Истинное приращение плаценты, с прорастанием в мочевой пузырь. Рубец на матке (3). 4 Роды одноплодные посредством Кесарево сечения. Тяжелая острая постгеморрагическая анемия.

Операция: Лапаротомия. Кесарево сечение. Экстирпации матки без придатков. Ушивание мочевого пузыря. Дренаж брюшной полости.

Гистологический диагноз — Кесарево сечение. Рубец на матке (3). Плотное прикрепление, истинное приращение плаценты в нижней трети.

Послеоперационный период без осложнений. Заживление швов первичным натяжением. Получила антибактериально симптоматическую и общеукрепляющую терапию. Ретроспективно по отчету на базе ГПЦ за 2021 год прошло 8438 родов, из них посредством операции кесарево сечения было 2589 (30,6%) родоразрешений. Из общего количества оперативных родов (2589) в плановом порядке было выполнено 1064 (40%), в экстренном порядке 1525(60%)случаев.

В структуре всех показаний к КС «Рубец на матке 2 и более» занимает лидирующую позицию - 931 случай (36%). Из них осложнился приращением плаценты 40 случаев(4,3%). Особенности операции: продолжительность составляет 1.5-4.5 часов, кровопотеря во время операции 1.5-7л, травмы соседних органов 16 из 40 случаев (40%). Тотальной гистерэктомией закончилась 38 случаев (95%).

Таким образом, на операции с приращением плаценты при повторном кесаревом сечении выявлены следующие особенности, это увеличение:

- продолжительности операции, объемов кровопотери , случаев массивных гемотрансфузий случаев тотальных гистерэктомий, травматизации соседних органов риска септических осложнений, которые создают реальную угрозу здоровью и жизни женщин.

Следовательно вышеперечисленные риски требуют снижения частоты оперативных родов и их осложнений посредством:

-Обоснованного индивидуального подхода к каждому кесаревому сечению;

-Рационального ведения послеоперационного периода ;

-Поиска более совершенного радикального метода борьбы с акушерскими кровотечениями. А именно внедрения и освоения метода эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (ЭВБОА) в клинические протоколы МЗРК.

Литература

1. Избранные вопросы перинатологии. Под.ред. Р.Й.Надишаускене. - 2012.
2. Акушерство.-Бодяжина И.И.-М.:Эверо, 2015.
3. Клинический протокол «Патология плаценты» МЗРК от «27» декабря 2017 года Протокол № 36.
4. Курцер М.А, Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., Латышкевич О.А., Кугакова Ю.Ю., Кондратьева М.А. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вращением плаценты.
5. Шмаков Р.Г., Чупрынин В.Д., Виноцкий А.А. Комплексный компрессионный гемостаз при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с вращением плаценты.

ИЗАДРИНМЕН УЫТТАНУ КЕЗІНДЕГІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІН ЗЕРТТЕУДІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Сабитова А.М., Қ.А. Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің жалпы тәжірибелік дәрігер мамандығының 6 курс интерні, Шымкент қ., Қазақстан, sabitovamaral2121@list.ru,
Пернебекова Р. К., Қ.А. Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің жалпы дәрігерлік практика №2 кафедрасының қауымдастырылған профессоры, б.ғ.к., Шымкент қ., Қазақстан, rakhat_71@mail.ru

Бір қатар уытты әсерлесулер тәжді қан ағымының төмендеуіне байланыссыз миокардтың зақымдалуын пайда етеді [1]. Жедел уытты миокардит жағдайында кардиомиоциттердің интерстициалды ісінуі, некроздың көптеген бөліктері, сонымен бірге лимфоциттерден, плазмалық жасушалардан және полиморфты-ядерлі лейкоциттерден жасушалы инфильтрация байқалады. Некроз аймақтары дамудың әртүрлі стадияларында болуы мүмкін [1]. Жедел уытты зақымданудың мысалы болып изопротеренолдың немесе басқа биогеңді аминдердің жоғары дозаларын енгізумен пайда болған миокард некрозы табылады. Катехоламиндермен уыттану кезінде миокардтың зақымдалу механизмі адренергтік рецепторлардың белсенуінен, миокардтың метаболизмін қуаттандырудан және миокардтың оттегіне қажеттілігін жоғарылатудан тұрады [2].

Жалпы эндогеңді адреналин әртүрлі этиологиялы миокардтың ошақты зақымдануының пайда болу механизмінде облигатты агенті болып табылады деген теория бар [3]. Бұл теория адреналин және норадреналин секілді эндогеңді физиологиялық белсенді заттар-катехоламиндер болып табылатына негізделген.

Миокардтың катехоламинді зақымдануын толық қарастыру себебі, клиникалық эксперименталдық патологияның өзіндік түрімен қатар, көптеген авторлардың мәліметтері бойынша, олар жүректің ишемиялық зақымдалу патогенезінде негізгі үзбесі болып табылады [1].

Норадреналин мен изопретеренолдың жоғары деңгейлері аденилатциклазды жүйе арқылы жанама түрде әсер ете отырып, миокардиалдық жасушаларға кальций иондарының кіруін қамтамасыз етеді [4], оның артық мөлшері еркін май қышқылдарының артық мөлшерімен митохондрияда фосфорленіп, бөлектеп тотығуына және миокардиалдық жасушаларда аденозин трифосфорлы қышқылы мен креатинфосфокиназа құрамының төмендеуіне алып келеді. Бір уақытта адренергтік эффектімен детерминирленген кальций ионының артық мөлшері миофибриллдің контрактурлы жиырылуын пайда етеді. Бұл энергодефициттік жағдай және контрактуралар негізгі ерекшелік алады. Нәтижесінде миокардта ұсақ ошақты некроздық өзгерістер дамиды [5].

Соңғы жылдары ишемиялық және реперфузионы-екі патологиялық синдромдардың жиынтығы ретінде қарастырылатын миокардтың тәжді жетімсіздігімен зақымдануының патогенезі жөнінде түсініктер айқын өзгерді [6].

Көрсетілген жоғары мәліметтерден көрінгендей, кардиомиоциттердің зақымдалуының даму механизмі өте күрделі, шамасы соңына дейін анықталмаған болып табылады. Оған орай олар миокард жасушаларының өлуін кідірте тұруда немесе болдырмауда жаңа ең жетілген кешенді жолдарды өңдеу үшін негіз болып табылады.

Осы себептен қазіргі клиникалық практикада үлкен мәнді миокардиалдық цитопротекцияға береді [7]. Кардиопротекция түсінігіне миокардиалдық зақымдану дәрежесін төмендету немесе алдын-алу есебінен жүректі сақтаудың барлық механизмдері мен әдістері кіреді [5].

Адреномиметиктердің жоғары деңгейлерімен миокардты зақымдау-дәрілердің кардиопротекторлық қасиеттерін зерттеу үшін эксперименттік модельдер ретінде кең қолданады, сондықтан препараттардың емдік белсенділігін миокардиттер мен миокард инфарктісінде олардың клиникалық тиімділігімен өзара байланыстырады. Бұл модель миокардта оның айналасын-дағы қабынған реакциялармен бірге көптеген диффузды микронекроздардың түзілуімен ерекшеленеді [8].

Изадрин β_1, β_2 -адреномиметик бола отырып, миокардтың оттегіне деген қажеттілігін жоғарылатады, ол өз кезегінде жүрек бұлшық етінің гипоксиясына және ишемиясына алып келеді [5].

Миокардтың изадринді зақымдалуы кезінде глицирамның [8], галл қышқылының [5] және 18-дегидроглициррет қышқылының [9] кардиопротекторлық әсерлері зерттелінген.

Сонымен, берілген патологияны емдеу толық шешілмеген мәселені құрайды, көптеген қолданыстағы әдістердің симптомды ерекшелігі бар.

Егер изадриннің интоксикациясының патогенезінде патогенезінде прооксидант-антиотықтырғыш жүйесінің белгіленген негізгі ролін ескерсек, онда жаңа тиімді, улылығы аз антиотықтырғыштарды іздестіру және енгізу белсенділігі бүгінгі күндердің міндеті болып табылады.

Әдебиеттер

1. Ферранс В.Дж. Влияние токсических веществ на миокард // Физиология и патофизиология сердца / Пер. с

- анг. под ред. Н. Сперелаксиса. – М.: Медицина, 1990. – Т. 2. – 338-366 бб.
2. Speechly-Dick M.E., Glover G.J., Yellon D.M. Does ischemic preconditioning in the human heart involve protein kinase C and the ATP-dependent K⁺ channel? Studies in an atrial in vivo model // *Circ. Res.* – 1995. – Vol. 77. – P. 1030-1035.
3. Цинцадзе К.И., Саркисов Е.А., Нозадзе Д.И. Влияние антиоксидантов, вазодилататоров и дрожжей на окислительное фосфорилирование в митохондриях сердца при острой ишемии миокарда // *Ультроструктурные основы патологии сердца и сосудов.* – Тбилиси, 1985. – 234-235 бб.
4. Xiao R.P., Tomhave E. D., Wang D.J. et al. Age – associated reductions in cardiac beta1 and beta 2-adrenergic responses without changes in inhibitory G proteins or receptor kinases // *J. Clin. Invest.* – 1998. – Vol. 101. – N 6. – P. 1273-1782.
5. Яковлева Л.В., Ивахненко А.К., Бунятян Н.Д. Защитное действие эллаговой кислоты при экспериментальном миокардите // *Эксперим. и клин. фармакология.* – 1998. – № 3. – 32-34 бб.
6. Lagneux C., Joyeux M., Demeng P. et al. Protective effect of melatonin against ischemia-reperfusion injury // *Life Sci.* – 2000. – N 6. – P. 503-509.
7. Шабалин А.Б. Никитин Ю.П. Защита кардиомиоцита. Современное состояние и перспективы // *Кардиология.* – 1999. – № 3. – 4-10 бб.
8. Закиров Н.У., Айзиков М.И., Курмуков А.Г. Кардиопротекторное действие глицирама при изадриновом повреждении миокарда // *Экспериментальная и клиническая фармакология.* – 2000. – Т. 63. – № 5. – 24-26 бб.
9. Закиров Н.У., Айзиков М.И., Курмуков А.Г. Кардиотоническое действие 18-дегидроглицирретовой кислоты при экспериментальном повреждении миокарда // *Экспериментальная и клиническая фармакология.* – 1999. – Т. 62. – № 2. – 19-21 бб.

СОДЕРЖАНИЕ

Секция: «ИННОВАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»	
------------------------------------------------------	--

Даденова Р.К., Каляр М.С., Мусахан М.М., Кемельбеков К.С. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОКРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	3
КАЛЯР М.С., БАЙЫРБЕКОВА Б.Ж., Кемельбеков К.С. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	4
Кеңес Б., Тажибаева С., Турсиметова Н., Шаймырзақызы А., Юлдашев О., Кемельбеков К.С. ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ (по материалам областного перинатального центра)	5
А.Р.Жумадилова , Бегимбаева А.Е ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХЛОПКОСЕЮЩЕМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	7
А.Р.Жумадилова , Абабакирова Д.Т ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ	8
Бекназарова З.А., Джубанишбаева Т.Н., Саркулова И.С., Бархыбаева Н.А. ST СЕГМЕНТІНІҢ ЭЛЕВАЦИЯСЫ БАР ЖІТІ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМ НАУҚАСТАРЫНЫҢ БОЛЖАМҒА БАЙЛАНЫСТЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	9
Блашева Г.Т., Турсынова Б.А., А.У. Измаганбетова ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛДЕРДІ ДӘРУМЕНДЕРМЕН ДЕМЕУ	11
Жолымбекова Л.Д., Саркулова И.С. ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В	12
А.Р.Жумадилова, Бегимбаева А.Е. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МАҚТА ЕГЕТІН АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДАҒЫ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ ЖИЛІГІ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫ	14
Садыкова Г.С., И.С. Саркулова №2 КЛИНИКАЛЫҚ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАНЫҢ ЕМХАНАСЫНДА БЕДЕУЛІКПЕН ЕСЕПТЕ ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҮШ ЖЫЛДЫҚ КӨРСЕТКІШІ	15
Aman Fatima, E.O.Amanova INTENSITY OF NEUROPATHIC PAIN	16
Жәнібек Ж., Сатиева М., Туленов С., Абдукаримова Ж.М., Аташова К.К. КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР ЖҰМЫСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУДЫҢ МАҢЫЗДЫ АСПЕКТЛЕРІ	18
Қыпшақбай А.Қ., Ақжолбек М.А., Әсілбек Г.Қ., , Абдукаримова Ж.М., Аташова К.К. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ БӨЛІМШЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН КӨП ФАКТОРЛАРМЕН БАҒАЛАУ	20
E.O.Amanova, H.T.Korganbaeva, G.A. Toktarova, M.V.Batkhieva EPIDEMIOLOGY AND FACTORS LEADING TO LONG-TERM PERSISTENCE OF NEUROPATHIC PAIN (literary review)	22
G.S. Sadykova, E.O.Amanova., G.A. Toktarova., M.V.Batkhieva ASSESSMENT OF THE STATE OF PALLIATIVE CARE IN KAZAKHSTAN	25
Дильмагамбетов Д.Д., Тулегенова Л.М. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХСН II ФК	27
Донаева А.Е., Аманжолқызы А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНА VDR, COL1A1, CALCR СРЕДИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕЕЙ.	28
Өуезханқызы Д., Юнусметов Э.Ш., Алдешев А.А. ВЛИЯНИЕ АТРОПИНА НА БИСПЕКТРАЛЬНЫЙ ИНДЕКС РЕАКЦИИ НА ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ИНТУБАЦИЮ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ И ФЕНТАНИЛОМ	30
Сейдахметова А.А. , Оспанбек А.К., Ходжакулова У.А., Мусаева А.Г СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.	31
Сейілхан А.Ф., Ерсайынов Н.Ж., Нурманов К.Ж. МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСІ	36
Халмуминов Д.Д., Абдурасулова Ф.Б. Койшибаев Ж.М. Тургумбаев Т.Н., Абильмажинов	37

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИД-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА И ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
Тлеужан Р.Т., Коловоротная Т.В, Валиева Ф.М, ОТ ИСКУССТВЕННОГО КЛИМАКСА ДО ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	38
Демеубаева Д.М.,Капанова Г.Ж., Диканбаева С.А ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧНОГО БИОМАРКЕРА КАК ПРЕДИКТОРА РАННЕЙ IGA-НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ	42
Ерсайынов Н. Ж., Сейілхан А. Ф., Мукушев М.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА	43
Секция: «СОВРЕМЕННЫЕ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»	
Алимбеков У.Д., Бекмурзаева Э.К., Аманова Э.О. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	45
К.М. Досаева, М.С. Кайнарбаева, А.Б.Бердығалиев, Г.Б.Бектурарова О ПРАКТИКЕ ВНЕДРЕНИЯ В РК КОРПОРАТИВНОГО ФОНДА SOS ДЕТСКИЕ ДЕРЕВНИ КАЗАХСТАНА	46
О.М. Рашканов, М.С.Қайнарбаева, Бердығалиев А.Б. ЗИЯНДЫ КӘСПОРЫН ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҚСARTУ ҮШІН БИЕ СҮТІ НЕГІЗІНДЕГІ ҚҰРҒАҚ БЕЛОКТЫҚ ҚОСПАЛАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ	47
Сейіл Б.С. ,Қайнарбаева М.С. КЕЙБІР ЕЛДЕРДІҢ ҚЫЛМЫСТЫҚ-ТҮЗЕТУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ АЙЫПТАЛУШЫЛАРДЫҢ АС МӘЗІРІН САЛЫСТЫРУ	48
Серік М.,Кузденбаева Г.Е., Каримсакова Б.К. COVID-19-ға БАЙЛАНЫСТЫ КАРАНТИН КЕЗІНДЕ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЖҮКТІЛЕРДІ БАҚЫЛАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ	50
Серікқызы А., Беисбекова А.К., Шертаева А.Ж. ЙОД ЖЕТІСПЕУШІЛІК ЖАҒДАЙЫНЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ	51
Ермеков Ұ.Ж., Абуова Г.Т. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	54
Ескерова С.У., Бекмаханов А.Ж. ПАНДЕМИЯ КЕЗІНДЕ ЕМДЕУ МЕКЕМЛЕРІНДЕГІ МЕДИЦИНА МАМАНДАРЫНЫҢ ЕҢБЕК ПЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ	55
Ескерова С.У., Султамуратова А.Ж. ЖҮҚПАЛЫ АУРУЛАР АУРУХАНАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ҮРДІСІНЕ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ	57
Бейсен Д., Утепов П.Д., Байконсова Л.О. ПАНДЕМИЯ КЕЗЕҢІНДЕ ШЕТЕЛ СТУДЕНТТЕРІНІҢ COVID-19 АУРУШАҢДЫҒЫН БАҒАЛАУ	59
Leishangthem T., Uteпов P.D., Baikonsova L.O. EVALUATION OF DAILY DIET AND ENERGY CONSUMPTION OF FOREIGN STUDENTS DURING PANDEMIC PERIOD	60
М.М.Дүйсенбаева, М.О.Затыбекова, Е.М.Пернебеков ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКАНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖӘНЕ КЕДЕРГІЛЕРІ, КӨЗҚАРАС:ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ	62
Б.Д.Унгаров, М.М.Дүйсенбаева ВАКЦИНАЦИЯ: АТА-АНАЛАРДЫҢ КӨЗҚАРАСЫ	65
Турахонова Ф.М., Тухтаров Б.Э. ПИТАНИЕ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ С ИСТОЧНИКАМИ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ.	67
Пернебеков Е.М., Аманбаев Т.У., Утепов П.Д., Рыстигулова Ж.Б. ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАТТЫ ҚАЛДЫҚТАРДЫ СҰРЫПТАУҒА КӨЗҚАРАСЫН ТАЛДАУ	68
Рыстигулова Ж.Б., Кубеева З.Е.	70

ҚАТТЫ ТҮРМЫСТЫҚ ҚАЛДЫҚТАР – ХХІ ҒАСЫР МӘСЕЛЕСІ	
Абуева А.М., Жумабаева Д., Тауманова Г.К. ВЫБОР И ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА	72
Данагулова А.Д., Даниярова А.Б. АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖАҒДАЙЫНДА КВИ-МЕН АУЫРҒАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	73
Усенов Б.У., Даниярова А.Б. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БОЙЫНША 2017-2021 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	74
Светланова Ш.М., Нұрбақыт А.Н., Рыскулова А.Р. БАЛАЛАР АРАСЫНДА ГЕЛЬМИНТОЗДАРДЫҢ ТАРАЛУЫ	76
Секция: «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОЛОГИИ, ФАРМАКОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ»	77
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 Аденова А.Н., Баймаханов А.Б.	77
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Гехаева З.Н., Баймаханов А.Б.	78
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ Кулиева Г.А., Баймаханов А.Б.	79
КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕРОПЕНЕМ В ЛЕЧЕНИИ КВИ Ораз Нұржан Бекжанұлы, Баймаханов А.Б.	81
КАКОВА ИСТИННАЯ КАРТИНА ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ПРОТИВ СТЕНАКОРДИИ ? Ізбасар І., Баймаханов А.Б.	82
РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ: СТАТИСТИКАЛЫҚ ДЕРЕКТЕР, ЖЕКЕ ЗЕРТТЕУДЕГІ АУРУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ Жумабаев Н.Н., Жакипбеков К.С., Жумабаев Н.Ж., Датхаев У.М., Тулемисов С.К.	83
РОЗНИЧНЫЙ РЫНОК ПОЛИВИТАМИНОВ КАЗАХСТАНА Жумабаев Н.Н., Жакипбеков К.С., Тулемисов С.К.	85
MORUS ALBA L. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Жумабаев Н.Н., Жакипбеков К.С., Тулемисов С.К.	86
РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТІ КЕЗІНДЕ ГЕНДІК ИНЖЕРЕЛІК БИОЛОГИЯЛЫҚ ДӘРІЛЕРДІ ҚОЛДАНЫЛУЫНА ӘДЕБИ ШОЛУ Жумабаев Н.Н., Жакипбеков К.С., Жумабаев Н.Ж.	88
MORUS ALBA L. КАК ЛЕЧЕБНОЕ СРЕДСТВО ДРЕВНЕЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Жумабаев Н.Н., Жакипбеков К.С., Жумабаев Н.Ж., Тулемисов С.К.	89
ПОИСК НОВЫХ АНТИАГРЕГАНТОВ, АНТИКОАГУЛЯНТОВ И АНТИОКСИДАНТОВ В РЯДУ ТИЕТАНИЛПИРАЗОЛОВ Шепилова С. О., Макарова Н. Н., Баширова Л. И., Клен Е. Э., Самородов А. В.	91
АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯДА ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ Алимбатыров М.Р., Романова А. Р.	92
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕМЕНТОЛЬНЫХ СОРТОВ МЯТЫ Жученко Е.В., Семенова Е. Ф.	93
РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Джораханова Б.У., Баймаханов А.Б.	95
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Жумаханова А.А., Баймаханов А.Б.	96
КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ Қайпназар М.С., Баймаханов А.Б.	98
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ЭПИЛЕПСИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРЫНЫҢ ӨМІР САПАСЫ МЕН ӘЛЕУМЕТТІК СТАТУСЫН БАҒАЛАУ Муютова М.Н., Утепов П.Д., Н.Ж. Орманов	10

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА И СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ПРЕПАРАТА «АЛЛТРОМБОСЕПИН» И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ИБС. Надирова Ю.И., Жаббаров А.А.	101
ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СУХОГО ЭКСТРАКТА «SCUTELLARIA ISCANDERI» П.Л.Исмаилова, Ш.Х.Муратова, М.Г.Исмаилова	102
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИОТРИАЗОЛИНА НА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Сапаева З.А., Кадырова Ш.А.	103
КАКИЕ ВИТАМИНЫ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ? Омархан Ә.Т., Баймаханов А.Б.	104
НООТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ Табиrow М.Ә., Баймаханов А.Б.	105
ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БАЛАЛАРДАҒЫ ТІС ЖЕГІНДЕГІ МАЙЛАРДЫҢ АСҚЫН ТОТЫГУ ҮРДСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ. Сапар А.Е., Орманов Н.Ж., Шукпаров А.Б.	106
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Турдыбаев У.Т., Г.К. Асанова	108
СЕКЦИЯ: «ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»	
Абдуллаева А.П., Дмитрюк Н.В. ОБРАЗОВАНИЕ КАЗАХСТАНА ЗА 30 ЛЕТ НЕЗАВИСИМОСТИ И КАК СКАЗАЛСЯ БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС	111
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
Мамырбекова С.У. Дартай А.И., Онгар А.Б., Ерланова Д.Е. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	116
ИЗАДРИНМЕН УЫТТАНУ КЕЗІНДЕГІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІН ЗЕРТТЕУДІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ Сабитова А.М., Пернебекова Р. К.	119