



10-15 APRIL 2023

**INTERNATIONAL
SCIENTIFIC-PRACTICAL
JOURNAL**

XIX GLOBAL SCIENCE

**AND INNOVATIONS 2023:
CENTRAL ASIA**



Astana, Kazakhstan



**ОБЪЕДИНЕНИЕ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ
В ФОРМЕ АССОЦИАЦИИ
«ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ «БОБЕК»
КОНГРЕСС УЧЕНЫХ КАЗАХСТАНА**

ISSN 2664-2271



**«ГЛОБАЛЬНАЯ НАУКА И ИННОВАЦИЯ 2023:
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ»**

№ 1(19). АПРЕЛЬ 2023
СЕРИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»
Журнал основан в 2018 г.

III ТОМ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Е. Абиев, PhD (Казахстан)
Ж.Малибек, профессор (Казахстан)
Ж.Н.Калиев к.п.н. (Казахстан)
Лю Дэмин (Китай),
Е.Л. Стычева, Т.Г. Борисов (Россия)
Чембарисов Э.И. д.г.н., профессор (Узбекистан)
Салимова Б.Д. к.т.н., доцент (Узбекистан)
Худайкулов Р.М. PhD, доцент (Узбекистан)
Заместители главного редактора: Е. Ешим (Казахстан)

АСТАНА – 2023

© ОЮЛ в форме ассоциации
«Общенациональное движение «Бобек», 2022





CONSOLIDATION OF LEGAL ENTITIES IN THE FORM OF
AN ASSOCIATION «NATIONAL MOVEMENT «BOBEK»
CONGRESS OF SCIENTISTS OF KAZAKHSTAN

ISSN 2664-2271



BOBEK



НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU
РИНЦ



«GLOBAL SCIENCE AND INNOVATIONS 2023:
CENTRAL ASIA»

No. 1(19). APRIL 2023
SERIES "MEDICAL SCIENCES"
The journal was founded in 2018.

III VOLUME

CHIEF EDITOR:

E. Abiev, PhD (Kazakhstan)
J. Malibek, professor (Kazakhstan)
Zh.N. Kaliev, candidate of pedagogical sciences (Kazakhstan)
Liu Deming (China),
E.L. Stycheva, T.G. Borisov (Russia)
Chembarisov E.I. Doctor of Geographical Sciences, Professor (Uzbekistan)
Salimova B.D. Ph.D., associate professor (Uzbekistan)
Khudaykulov R.M. PhD, associate professor (Uzbekistan)
Deputy chief editors: Y. Yeshim (Kazakhstan)

ASTANA – 2023

Consolidation of legal entities in the form of an
association «National Movement «Bobek», 20222





«СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ССС:
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

Жунусова Дарина Нуржановна

студентка 3–024 группы ОМ НАО «Медицинский университет Караганды»,
Научный руководитель- ассисент-профессор кафедры морфологии и физиологии
Кайырбекова Карлыгаш Кайырбековна
Караганда, Казахстан

Аннотация: Проблема реабилитации пациентов после операций на открытом сердце является актуальной и находится под наблюдением медицинского сообщества. Одной из основных причин, по которым не все пациенты успешно реабилитируются, является использование метода стернотомии. Хотя этот метод является эффективным и обеспечивает хорошую визуализацию сердечных структур и сосудов, он имеет ряд недостатков, таких как каркасность грудной клетки, болевой синдром, длительный период реабилитации, риск инфекции и повреждения окружающих тканей. Особенно это касается пациентов с дилатацией правых отделов сердца и легочной гипертензией, а также значительного косметического дефекта после операции.

Однако, в настоящее время, благодаря развитию интервенционной кардиологии, возможно проводить кардиохирургические вмешательства без разреза грудины. Некоторые процедуры, например, транскатетерная аортальная клапанная имплантация (TAVI) и транскатетерная митральная репарация, позволяют проводить операции без разреза грудины и обеспечивают быстрое восстановление пациентов.

При выборе метода лечения и реабилитации после операции на сердце, важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и консультироваться с лечащим врачом, который может оценить все возможные риски и побочные эффекты, а также подобрать оптимальный план восстановления для каждого пациента.

Ключевые слова: интервенционная кардиология, патологии сердечно-сосудистой системы, кардиостимулятор, PMBV, TAVI, PTCA.

Введение. Проблема реабилитации после операций на открытом сердце, привлекает к себе внимание и активно изучается в различных аспектах. К сожалению, не все пациенты успешно реабилитируются, причина этого -стернотомия. У стернотомии есть множество преимуществ, но есть и недостатки: затрудненный обзор верхушки гемиторакаса, выраженный послеоперационный болевой синдром, возможное нарушение сращения грудины в послеоперационном периоде. В наше время вполне реально проводить кардиохирургические без рассечения грудины путем интервенционной кардиологии.

Цель: Изучить патологии ССС и необходимое оперативное вмешательство без стернотомии.

Актуальность: Согласно отчету о деятельности одного из кардиологических центров Казахстана за 12 месяцев 2020 года было пролечено 4636 пациентов, из них 109 детей, коронарографий проведено – 3280, прооперировано 1272 больных, в том числе 35 детей: на открытом сердце– 568 операций, интервенционные оперативные вмешательства – 1272 [9]. При этом какая-то часть пациентов сложно реабилитируются после процедуры. Одной из основных причин является использование стандартной срединной стернотомии - наиболее распространенного метода доступа в кардиохирургии, который подходит для любого типа операции на сердце. Несмотря на то, что этот метод является эффективным и обеспечивает хорошую визуализацию сердечных структур и сосудов, он также имеет свои недостатки, включая каркасность грудной клетки, болевой синдром, длительный период реабилитации,





риск инфекции и повреждения окружающих тканей, особенно у пациентов с дилатацией правых отделов сердца и легочной гипертензией, а также значительный косметический дефект после операции.

Методы исследования: Работа с литературой

Интервенционная кардиология является одним из наиболее динамично развивающихся направлений в современной медицине. С каждым годом возрастает количество показаний для применения интервенционных методов лечения, которое обусловлено не только отсутствием необходимости в операционном вмешательстве, но и высокой эффективностью данного метода лечения. Использование интервенционных методов в здравоохранении привело к сокращению числа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. На текущий момент интервенционные методы лечения применяются не только для лечения ишемической болезни сердца, но также для лечения врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений ритма и проводимости сердца, артериальной гипертензии, кардиомиопатий и других заболеваний. Процедуры проводятся специально обученными кардиологами, поскольку в данном случае не выполняются операционные вмешательства, и ведущими врачами являются кардиологи, а не сердечно-сосудистые хирурги.

Интервенционная кардиология является быстро развивающейся областью современной медицины. Каждый год возрастают показания для применения интервенционных методов лечения, которые обладают высокой эффективностью и позволяют избежать хирургического вмешательства. В результате использования этих методов в здравоохранении удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время интервенционные методы применяются не только для лечения ишемической болезни сердца, но и для лечения врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений ритма и проводимости сердца, артериальной гипертензии, кардиомиопатий и других заболеваний. Такие процедуры проводятся специально обученными кардиологами, а не хирургами, так как не требуют операционного разреза.

Контекст интервенционной кардиологии включает в себя различные процедуры, включая катетеризацию правого и левого отделов сердца, ишемическую ангиографию, коронарную ангиопластику (PTCA), процедуры с использованием стентов (баллон и стент, стенты с лекарственным покрытием, биоразлагаемые стенты), баллонную вальвулотомию для митрального и легочного клапанов, транскатетерную замену аортального клапана (TAVI), денервацию почек при гипертонии, закрытие PDA и ASD у детей, чрескожное коронарное вмешательство (PCI) при остром инфаркте миокарда. Имплантация кардиостимулятора также является частой процедурой в интервенционной кардиологии.

Интервенционная кардиология включает в себя стандартные процедуры, такие как катетеризация сердца и ангиография. Коронарные сосуды - это сосуды, которые снабжают мышечную ткань сердца кровью, и атеросклероз может привести к обструкции или стенозу этих сосудов, что может вызвать боли в груди и сердечный приступ. Для предотвращения стеноза коронарных артерий необходимо уменьшить факторы риска, такие как регулярные проверки на сахарный диабет, потеря веса, лечение гипертонии, повышение уровня холестерина и триглицеридов, отказ от курения и регулярные упражнения.

При наличии симптомов стеноза коронарных артерий или отклонений в предварительных тестах, несмотря на принимаемые профилактические меры, проводятся коронарная ангиография и катетеризация сердца. Это методы диагностики, а не лечения, которые позволяют определить местоположение и размер стеноза. В случае критического стеноза возможны баллонная ангиопластика со стентированием или операция шунтирования. При катетеризации сердца, который является диагностическим методом с 1930-х годов, пациенту вводят транквилизатор и переводят в катетерную лабораторию





после подписания формы информированного согласия. Затем вставляют катетер через сосуд в бедренном или ручном отделе, чтобы зарегистрировать давление в полостях сердца и связанных с ними сосудах, а также ввести контрастный материал для съемки и записи коронарных артерий. Процедура занимает примерно 15-30 минут.

Процедура, известная как чрескожная митральная баллонная вальвулопластика (PMBV), используется для лечения митрального стеноза, который характеризуется сужением митрального клапана между левым предсердием и желудочком, вызванным утолщением и сокращением мышц и волокон клапана. Это состояние препятствует свободному прохождению крови, богатой кислородом, из легких в левый желудочек, вызывая накопление крови в легких, повышение внутрилегочного давления и возможность серьезных осложнений, таких как одышка, кашель, сердцебиение и кровохарканье.

Лечение митрального стеноза зависит от тяжести заболевания, однако при прогрессирующем стенозе выполняется PMBV или хирургическое восстановление или замена митрального клапана. PMBV, при которой суженный митральный клапан расширяется с помощью баллона, является более предпочтительной процедурой на подходящих пациентах, чем операция на открытом сердце. При легком стенозе могут помочь фармакотерапия, диуретики и бета-адреноблокаторы.

Процедура митральной баллонной вальвулопластики имеет ряд преимуществ перед традиционной хирургической операцией на открытом сердце. Она проводится без общей анестезии и вскрытия грудной клетки, что позволяет пациенту оставаться в сознании и не нуждаться в длительном восстановлении после процедуры. Более того, пациенты быстрее выздоравливают и в большинстве случаев могут быть выписаны на следующий день. Еще одним важным преимуществом является то, что большинство пациентов не нуждаются в пожизненном приеме антикоагулянтов после процедуры, если у них не возникает аритмия, в то время как при традиционной хирургической операции и имплантации протезного клапана антикоагулянты требуются постоянно.

Как происходит процедура митральной баллонной вальвулопластики?

Интервенционные кардиологи проводят данную процедуру в лаборатории ангиографии, начиная с очищения паховой области местным анестетиком. Канюля вводится в паховую артерию и вену, затем направляется в правое предсердие и, после перфорации стенки между правым и левым предсердиями, в левое предсердие. Далее, баллонный катетер направляется в левый желудочек с помощью проволоки и надувается на митральном клапане, максимально увеличивая его. После процедуры катетеры удаляются, наложив повязку на паховую область. Пациенту рекомендуется соблюдать постельный режим, а в случае отсутствия проблем – выписывают на следующий день. Процедура имеет высокую успешность (более 90%), а у большинства пациентов не возникает проблем до 20 лет. Если митральный клапан сужается повторно, процедуру можно повторить.

Как проходит процедура ТАВИ?

- Процедура транскатетерной имплантации аортального клапана (ТАВИ) была создана для пациентов старшего возраста с изношенным стенозом аорты и пациентов, которые не могут пройти операцию на открытом сердце из-за высокого риска, связанного с сочетанием других заболеваний. С начала 2005 года процедура стала широко использоваться во всем мире.

- Специальные системы имплантации клапанов используются в соответствии с разработанной технологией, и с каждым годом их применение становится все более простым.

- На данный момент ТАВИ была применена более чем у 10 000 пациентов во всем мире.





- Процедура осуществляется с использованием катетера и двух основных типов клапанов: Sapien XT (Edwards) и Corevalve (Medtronic), которые аналогичны биологическим протезам, устанавливаемым хирургическим путем.
- Процедура ТАВИ проводится в катетерной лаборатории совместно кардиологами, сердечно-сосудистыми хирургами, специалистами по эхокардиографии и анестезиологами.
- Доступ к паховой области осуществляется чаще всего, когда пациент находится под наркозом. Катетер вводят через аорту в сердце, где кальцинированный аортальный клапан расширяется с помощью баллона, после чего устанавливается биологический тканевый протез клапана.
- Вся процедура контролируется с помощью эхокардиографии через пищевод, что позволяет проводить точные измерения.

Каково назначение кардиостимулятора?

Кардиостимулятор - это электронное устройство, которое имплантируется в организм для корректировки нарушений ритма сердца и системы передачи. Корректировка особенно важна для брадикардии и улучшения повседневной активности. Устройство состоит из двух частей: генератора импульсов, который создает стимул, и свинца или электрода, который передает этот стимул в сердце. Генератор импульсов содержит батарею и электронную схему, которая может быть перепрограммирована при необходимости. Энергия от батареи преобразуется в электронные импульсы, которые контролируются электронной схемой и передаются в сердце по свинцу. Свинец обеспечивает передачу стимула между сердцем и генератором импульсов и, как правило, является изолированным проводом из полиуретана.

Кардиостимулятор выполняет две основные функции: создание стимула с нужной скоростью, когда сердце не может самостоятельно его создать или замедляется, и обнаружение естественной активности сердца с последующим созданием стимула при необходимости. Генератор импульсов работает только тогда, когда сердце не может самостоятельно производить ритм.

Как происходит имплантация кардиостимулятора?

Существует два типа кардиостимуляторов.

Временный кардиостимулятор используется в случаях временных блоков или брадикардии. Он имплантируется для поддержания ритма сердца и обеспечения нормальной жизнедеятельности до тех пор, пока ритм не восстановится. Для имплантации временного кардиостимулятора используется специальный провод, который вводят внутрь сердца через сосудистый доступ в области шеи, руки или паха, и подключают к блоку кардиостимулятора. Этот тип кардиостимулятора легко снимается после выздоровления пациента.

Постоянный кардиостимулятор, в свою очередь, имплантируется навсегда. Он обеспечивает постоянную коррекцию ритма сердца и может быть введен в организм через специальный доступ в области груди, где генератор импульсов и электроды устанавливаются внутри тела.

Для имплантации кардиостимулятора существуют два способа:

- Эндокардиальный метод: в этом методе электрод вводится через кровеносный сосуд и помещается внутрь сердца. Эта процедура выполняется под местной анестезией.
- Эпикардиальный метод: здесь электрод устанавливается непосредственно на поверхности сердечной мышцы. Этот метод выполняется под общей анестезией и применяется редко, только если эндокардиальный метод невозможен.

Процедура эндокардиальной имплантации постоянного кардиостимулятора проводится под местной анестезией в специальной катетерной лаборатории с





использованием аппарата для радиоскопии и при полной стерилизации. Хирург и персонал носят стерильную одежду и маски, а лицевая сторона груди очищается и накрывается стерильным одеялом. Кардиостимулятор обычно имплантируется в левую (или правую) часть грудной клетки ниже ключицы. Хирург делает разрез на 8-10 см, через который 1-2-3 отведения проводятся через сосуды и помещаются в нужную полость сердца. После проведения пороговых измерений, провода прикрепляются к тканям и сосуду в месте разреза, а другой конец провода подключается к генератору импульсов, который помещается в специально подготовленный под кожу карман. Затем кожа зашивается.

Для определения камеры сердца, которую необходимо стимулировать, нужно учитывать состояние сердца. В зависимости от этого выбираются различные методы стимуляции:

- Однокамерная стимуляция использует только один вывод и стимулирует правое предсердие и правый желудочек.
- Двухкамерная стимуляция стимулирует и правое предсердие, и правый желудочек, используя два отведения.
- Трехкамерная двухжелудочковая стимуляция является особым типом стимуляции, используемым при сердечной недостаточности. В этом случае используются три отведения для стимуляции правого предсердия, правого желудочка и левого желудочка.

Процедура имплантации постоянного кардиостимулятора обычно занимает от 1 до 2 часов. Если производится имплантация трехкамерных кардиостимуляторов, может потребоваться дополнительное время, чтобы найти коронарный синус и имплантировать электрод, что может продлить процедуру до 3-4 часов.

Заключение: каждый год возрастает количество случаев, в которых интервенционные методы лечения являются подходящей альтернативой хирургическому вмешательству. Это обусловлено не только тем, что такие методы не требуют выполнения операционного разреза, но и их высокой эффективностью. Использование интервенционных методов в медицине помогло снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время интервенционные методы используются не только для лечения ишемической болезни сердца, но и для лечения врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений ритма и проводимости сердца, артериальной гипертензии, кардиомиопатий и других заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. <https://health-ua.com/article/15507-aktualnye-problemy-kardiohirurgii>
2. <https://heartcenter.kz/ru/patients-visitors/center-services/departments/103/468/>
3. <http://fedorovich.uz/ru/nav/66>
4. <https://www.altamed-golitsino.ru/intervencionnye-metody-lecheniya-v-kardiologii.html>
5. <https://doc2doc.by/luchshie-knigi-po-interventsionnoj-kardiologii-i-aritmologii/>
6. <https://www.mediasphera.ru/issues/kardiologiya-i-serdechno-sosudistaya-khirurgiya/2021/4/1199663852021041314>
7. <https://cardiomedical.kz/company/-results-activities/>





УДК 616.98 -053.2

КЛИНИЧЕСКИ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Юнусов Тимур Абдувалиевич

Преподаватель инфекционных болезней
Кыргызско-Российский Славянский Университет
имени Б.Н.Ельцина
Бишкек, Кыргызстан

Аннотация. Мы представляем клинический случай (у мальчика 4 лет 2 мес.) генерализованной формы менингококковой инфекции (менингококцемии+менингит), осложненной септическим шоком 3 ст, отеком головного мозга, с развитием глубоких некрозов 15% поверхности тела, потребовавших последующей аутопластики.

Ключевые слова: дети, менингококковая инфекция, менингококцемия, менингит, *Neissera meningitidis*.

ВВЕДЕНИЕ Менингококковая инфекция (МИ) стоит в ряду актуальных проблем современного здравоохранения во многих странах мира. Это обусловлено распространением ее в различных странах мира, высокой заболеваемостью, частотой тяжелых форм болезни и осложнений, развитием остаточных явлений, высокой летальностью. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 300 000 случаев менингококковой инфекции, которая уносит жизни примерно 30 000 человек. Каждый десятый инфицированный умирает, а каждый пятый становится инвалидом из-за осложнений: судорог, потери слуха и зрения, неврологических расстройств и когнитивных нарушений [ВОЗ, 2021г, «Глобальная дорожная карта по достижению целей в области борьбы с менингитом на период до 2030 года»]. У детей раннего возраста преобладают генерализованные формы менингококковой инфекции, удельный вес гипертонических форм составляет 37% [1, 3]. Наиболее часто (47-55%) встречается классическая смешанная форма у детей до 3х лет (менингококковая септицемия и менингит) [2]. По данным департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Кыргызской Республики (ДГСЭН) рост заболеваемости менингококковой инфекции отмечался в 2004г., в 2008г., в 2014 и в 2015 годах в последующие годы отмечался спад заболеваемости до 0.3 на 100000 тыс населения. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией наблюдался в основном в крупных городах в частности в г. Бишкек в 2014г (22,1 на 100 тыс.), в 2015г (20,3 на 100 тыс.) и г. Ош (19,4 на 100 тыс.). По России показатель заболеваемости менингококковой инфекцией также в целом снижается и составил 1,0 на 100 тыс. населения в 2015г против 2,4 на 100 тыс. населения в 2005году [4, 5]. Генерализованные формы менингококковой инфекции (ГФМИ) в структуре заболеваемости в 2019г в РФ составили 79,8%, в том числе у детей до 17 лет-80,1% [6].

Этический аспект. Нами была получена информированное согласие родителей ребенка на публикацию описание клинического случая (от 10.02.2023г)

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ. 04.01.2023 в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) обратились родители с мальчиком в возрасте 4 лет и 2 месяцев, с жалобами на повышение температуры тела до 39, слабость, сыпь по всему телу. В приемном отделении при сортировке выявлены неотложные признаки: состояние крайне тяжелое, угрожаемое, нарушение сознания, нарушение кровообращения, шок септический и госпитализирован в отделение реанимации. Из анамнеза болезни, со слов родителей, ребенок болеет в течение суток. Заболел с повышения температуры тела, но температуру





тела не измеряли, жалоб на головную боль и появление сыпи на нижних конечностях через 5-6 часов от начала заболевания. Родители ребенка сразу обратились за медицинской помощью в городскую детскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), но был перенаправлен далее в гематологию Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) с подозрением на тромбоцитопеническую пурпуру. В гематологии был взят развернутый анализ крови (ОАК), свертывающая система крови (ССК). В процессе обследования исключили заболевания крови и ребенка перенаправили в РКИБ.

Эпидемиологический анамнез: Наличие контактов с инфекционными больными родители отрицают, дома все взрослые и дети здоровы, ребенок не организованный, 7 по счету в семье. Анамнез жизни не отягощен, развитие соответствует возрастным нормам, привит по календарю. Заболевание перенесенные в течение жизни - ОРВИ. Преморбидный фон не отягощен. Масса тела-17кг, рост- 102см.

При поступлении (1-е сутки болезни) состояние оценивается как очень тяжелое. Сознание оглушенное, по ШКГ-13 баллов, глаза открывает на обращенную речь, взгляд фиксирует (Е-3б), пытается проследить. Во времени и в пространстве не ориентируется, периодически отмечается спутанная речь (V-4б), целесообразная двигательная активность на болевой раздражитель (М-5б), мышечный тонус снижен d=s. Очаговой симптоматики нет, зрачки d=s, фотореакция сохранена, защитные рефлексы угнетены (кашлевой и глоточный). Из менингеальных симптомов сомнительная ригидность затылочных мышц. Кожные покровы бледные, конечности холодные, ВКН-3сек, по всему телу геморрагическая сыпь массивного сливного характера, подсыпает на глазах. Дыхание самостоятельное, неадекватное, начата инсуфляция увлажненного кислорода со скоростью 2л/мин, на фоне которой сатурация кислорода держится в пределах -97%. Одышка токсического характера (ЧД-36), тоны сердца приглушены, ритмичны, на кардиомониторе отмечается синусовая тахикардия-142 уд в минуту, гемодинамика не стабильна с тенденцией к гипотонии. Была начата инотропная поддержка дофамином в/в капельно через инфузомат. Установлен назогастральный зонд по которому отходит желудочное содержимое. Контроль диуреза через уретральный катетер, мочи-мало. С момента поступления больному обеспечен центральный венозный доступ. Учитывая острое начало болезни, геморрагическую сыпь, ригидность затылочных мышц предположено течение генерализованной менингококковой инфекции осложненной отеком головного мозга, септическим шоком, ребенок угрожаем по развитию ДВС - синдрома.

Лабораторные исследования:

Свертывающая система крови: АЧТВ -101 сек, протромбиновое время 25 сек (удлинено), протромбиновый индекс – 72% (снижен), фибриноген 270мг/дл, тромботест III, этаноловый тест отр., МНО 1,38.

Прокальцитонин (ПКТ) - 100 нг/мл (повышен)

Биохимический анализ крови: в пределах возрастной нормы.

СРБ – 192 (повышение)

ОАК развернутый: Нб- 112 г/л, Эр.- $3,9 \cdot 10^9$ /л, Цв. пок: 0,86, тромбоциты- $58 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты- $20,5 \cdot 10^9$ /л, Пал. - 10 %, Сег. - 75 %, Лимф.- 9 %, Мон.- 26 %, СОЭ- 25 мм/ч. (лейкоцитоз с выраженным нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы крови влево, ускоренное СОЭ).

При обследовании на менингококковую инфекцию обнаружены бактериоскопически: кокки расположены в умеренном количестве, вне клеточно умеренно и внутриклеточно единично. Так как ребенок находился в отеке головного мозга от пункции спинномозговой жидкости воздержались.

На УЗИ органов брюшной полости выявлен асцит, левосторонний нефрит.





Ежедневно проводился консилиум, также был осмотрен неврологом, хирургом, гематологом. На 3 день стационарного лечения с согласия родителей с лечебно-диагностической целью произведена люмбальная пункция.

Спино-мозговая жидкость: количество-5мл, цвет-серый, прозрачность-мутная, цитоз-не поддается счету, белок-0,89г/л, Р Нонне-Апельта+++, р Панди+++, сегментоядерные-96%, лимфоциты-4%, глюкоза-5 ммоль/л, Хлориды-105ммоль/л (данные за гнойный менингит).

После полученных результатов лабораторного исследования в лечении откорректирована антибактериальная терапия, дана в возрастной дозировке комбинация ванкомицина+цефзим ТЗ, продолжена дезинтоксикационная и противоотечная терапии, увеличены дозировки глюкокортикостероидов, инотропная поддержка и борьба с ДВС, проводились трансфузии СЗП для коррекции Свертывающей системы крови (ССК) с гемостатической целью 4 раза.

На 10 день лечения в ОРИТ отмечена положительная динамика, сознание ясное, ориентирован в месте и во времени, не лихорадит, улучшились показатели общеклинических анализов крови. На 11 день при переведен из реанимации в отделение и выписан на 23 день. Будучи инфекционно не опасным для окружающих(с нормальными общеклиническими показателями крови, СРБ, ПКТ и санации ликвора), после осмотра комбустиолога ребенок переведен под наблюдение и дальнейшее лечение с целью некроэктомии и и последующей аутопластики в Клиническую больницу скорой медицинской помощи (КБСМП) ожоговое отделение .

ВЫВОДЫ: Настоящий клинический случай показал отсутствие настороженности у педиатров в отношении менингококковой инфекции и незнание ее типичных клинических проявлений. Тяжесть состояния у данного ребенка была обусловлена смешанной формой менингококковой инфекции, быстрым развитием грозных осложнений.Своевременная адекватная терапия имеет важнейшее значение в излечении болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рычкова О.А., Кашуба Э.А., Орлов М.Д. Возрастные аспекты менингококковой инфекции у детей // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика.-2010.- № 3 (52)- С. 37-43
2. Менингококковая инфекция у детей (эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика): методические рекомендации / под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.; 2009. — 60 с.
3. Ведяшкина М.С., Дубровская А.М., Лопатина О.В., Рычкова С.В. Клинический случай повторной генерализованной инфекции и менингита у иммунокомпетентного ребенка. *Педиатрическая фармакология*. 2021;18(1):17-22.
4. Береговой А.А., Бактыбек к.М., Мамбетова М.К. Особенности клинического течения генерализованных форм менингококковой инфекции у детей [Текст] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2016. – № 2. – С. 55-58.
5. Здравоохранение в России. Стат. Сборник. М.: Росстат, 2017. 170 с.
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2019 году: Государственный доклад. — М.; 2020.





УДК 620.97(075.8)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА

Юнусов Тимур Абдувалиевич

Преподаватель инфекционных болезней
Кыргызско-Российский Славянский Университет
имени Б.Н.Ельцина
Бишкек, Кыргызстан

Аннотация: Столбняк является относительно редкой, но опасной инфекционной болезнью с высокой летальностью. В статье описан клинический случай генерализованного столбняка тяжелого течения, с летальным исходом у не привитого ребенка 5 лет. Обсуждаются проблемы эпидемиологических особенностей, распространения, диагностики и терапии столбняка, введение противостолбнячной сыворотки, неготовность к встрече с давно забытым заболеванием, тактические ошибки в ведении тяжелого генерализованного столбняка. Делается акцент на важность вакцинопрофилактики.

Ключевые слова: столбняк, дети, противостолбнячная сыворотка, вакцинопрофилактика.

Столбняк (греч. tetanus — оцепенение, судорога) — одно из самых тяжелых инфекционных заболеваний, обусловленное воздействием на организм экзотоксина столбнячной палочки с преимущественным поражением нервной системы, характеризующееся развитием гипертонуса поперечно-полосатых мышц и генерализованных судорог. Тетаноспазм является одним из сильнейших биологических ядов, уступая по силе лишь ботулиническому токсину [1]. По оценкам ВОЗ, в 2015 году от столбняка умерло около 34 000 новорождённых. Это на 96 % меньше, чем в 1988 году, когда от столбняка в течение первого месяца жизни погибло 787 000 новорождённых. В 2017 году болезнь забрала жизни 30 848 новорождённых. По некоторым оценкам, от столбняка в мире ежегодно умирает около 300 тысяч человек, преимущественно в странах Азии, Африки и Латинской Америки[2]. Частота заболеваний в этих странах колеблется от 10 до 50 случаев на 100 тыс. населения, тогда как в странах с обязательной вакцинацией — 0,1-0,6 случаев на 100 тыс. населения. Важно отметить, что почти 100 % случаев заболевания приходится на людей, которые не были привиты и не обращались за медицинской помощью.

Радикальное решение проблемы столбняка принадлежит вакцинопрофилактике — иммунизации столбнячным анатоксином. Масштабное применение вакцины привело к резкому сокращению смертности и заболеваемости столбняком, однако он по-прежнему является серьезной проблемой смертности в странах с недостаточным охватом вакцинацией. Кыргызстан относится к странам с обязательной вакцинацией против столбняка и отсутствием смертности от этого заболевания. Однако, следует отметить, что по данным Республиканского центра иммунопрофилактики, охват профилактическими прививками в последние два года чрезвычайно низок вследствие отказов от иммунизации. За 9 месяцев 2022 года охват вакцинацией АДС-М вакциной по республике составил в 11 лет -65,5%, в 16 лет-66%, в 26 лет-26%, 36 лет-47%, 46 лет-48%, 56 лет-46%. По итогу 2021 года охват вакцинацией по республике составил АДС-М вакциной в 11 лет -94,12%, 16 лет-91,37%, в 26 лет-81,2%, 36 лет-80,9%, 46 лет-82,5%, 56 лет-80,07%. Как результат, следует ожидать встречи с давно забытым практическими врачами столбняком, повышения заболеваемости и смертности от него соответственно.





Мы представляем описание случая развития тяжелого течения столбняка, осложнившейся течением диссеминированного внутрисосудистого свертывания в стадии гиперкоагуляции, отеком головного мозга, острой легочно-сердечной недостаточностью у ребенка мужского пола 5 лет, со смертельным исходом. Данный случай является первым за 20 лет в Кыргызстане.

Больной А., 5 лет (2017 г/рождения) поступил в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 23 августа 2022г в 21:25 ч.

Клинический диагноз: А35. Клинико-эпидемиологический столбняк, генерализованная форма, крайне тяжелое течение.

Осложнения основного: ДВС, стадия гиперкоагуляции. Отек головного мозга. Острая легочно-сердечная недостаточность.

Сопутствующее заболевание: колотая рана левой стопы.

Жалобы при поступлении: на повышение температуры тела до 38,5°C, затруднение при глотании, тетонические судороги, боли горле и в животе, обильное потоотделение.

Анамнез заболевания: Со слов матери болеет в течение суток с вечера. 22.08.2022., когда повысилась температура тела до 38,7 °С. Утром появились затруднение при глотании, боль в задней части шеи, головная боль. Сразу обратились в Токмокий ЦОБП, госпитализирован в отделение реанимации с диагнозом острый эпиглотит, неуточненное поражение головного мозга, т.к. отмечалась ригидность затылочных мышц, слабо положительный симптом Кернига. В динамике состояние ухудшалось, присоединились тонические судороги мышц туловища и конечностей. При обследовании общего анализа крови, мочи, биохимических показателей крови, патологии не обнаружено. На УЗИ внутренних органов также патологии не выявлено. Ребенку проводилась противоотечная терапия, кислородотерапия и гармонотерапия. В течение дня был проконсультирован детским ЛОР-врачом и невропатологом НЦОМид, инфекционистом по санавиации, которые исключили наличие у ребенка инфекционной патологии и рекомендовали перевод ребенка в НЦОМид. При транспортировке в Бишкек, диагноз столбняка был выставлен врачом скорой помощи, и в итоге ребенок был доставлен в Республиканскую Клиническую Инфекционную больницу и госпитализирован в ОРИТ.

Эпидемиологический анамнез: со слов матери 10 дней назад наступил на гвоздь левой ногой (гвоздь вошел в ткани на 0,5 см), после чего ребенок хромал, отмечались боли на ноге. Так как рана быстро затянулась, за медицинской помощью не обращались, хирургической обработки раны не проводили.

Анамнез жизни: Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. ребенок не привит по календарю, родители отказались по религиозным соображениям.

Объективный статус при поступлении в ОРИТ 23.08.2022 в 21:25. Общее состояние ребенка очень тяжелое за счет симптомов интоксикации, неврологической симптоматики. Неврологический статус: ребенок в сознании, глаза открывает, следит за движением предмета, зрачки d=s, фотореакция живая. Отмечается напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц, затруднение открывания рта и глотания, тоническое напряжение скелетной мускулатуры спины и шеи. В момент осмотра ребенок находится в положении опистотонуса, голова запрокинута назад, поясничная часть тела приподнята над кроватью, тетонические судороги конечностей, жалуется на сильные боли в животе, есть обильное потоотделение, рвоты нет. Высоко лихорадит, до 39.8 °С. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Кожная складка расправляется быстро. Язык влажный, зев не удалось осмотреть, рот плохо открывает. Одышки нет. Подключен увлажненный кислород через назальные канюли со скоростью 1л/мин, на этом фоне сатурация кислорода - 95%. В легких дыхание жесткое, проводится с обеих сторон одинаково, хрипов нет. Гемодинамика стабильная. Конечности на ощупь теплые, ВКН - 1-2 сек. Сердечные тоны





ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот доступен глубокой пальпации, не напряженный, при аускультации урчит по ходу кишечника. Стула не было. Мочится самостоятельно, достаточно. **24.08.2022** Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, расценивается как крайне тяжелое. Сохраняется стойкая лихорадка, гипертермия не поддается коррекции. Сознание - медикаментозный сон. Продолжается тоническое напряжение скелетной мускулатуры спины и шеи, дает опистотонус при любом раздражении, тетонические судороги, обильное потоотделение, напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц, затруднение при открывании рта. Гиперчувствительный, на любые прикосновения или манипуляции отвечает приступом судорог. Установлен назогастральный зонд. Кормление энтеральной смесью. Проведен консилиум во главе с главным инфекционистом МЗ КР, заведующим реанимацией и заместителем главного врача по лечебным вопросам с целью выработки тактики лечения больного. Введена противостолбнячная сыворотка - 90 тыс. МЕ внутривенно, проводилась антибактериальная и противосудорожная терапия, респираторная поддержка. Хирургом проведена санация и дренирование раны в области левой стопы.

25.08.2022 Состояние ребенка резко ухудшилось, угрожаемое, сатурация кислорода снизилась до 40%. Глаза не открывает, взгляд не фиксирует, зрачки расширены, фотореакция отсутствует. Сознание нарушено. По зонду отходит «кофейная гуща», обильно. Гемодинамика лабильная. Конечности на ощупь холодные. Пульс на периферических сосудах слабый. Кожные покровы серые, геморрагий нет. Тотальный цианоз. Отмечается падение сердечной деятельности, остановка дыхания. Ребенок заинтубирован ИТ № 5,0 мм, подключен к аппарату ИВЛ Myndrey в режиме V-A/Ck со следующими параметрами FiO₂ 90%, РЕЕР-4cmH₂O. T insp. - 0.90 cm H₂O sec. tv-110 ml f20. Начаты реанимационные мероприятия: СЛР (непрямой массаж сердца, ИВЛ ручным методом-мешком АМБУ), медикаментозная кардиостимуляция,

00:10 часов Адреналин 0,1% - 0,1 - асистолия

00:15 часов Адреналин 0,1% - 0,1 + Атропин 0,1% - 0,1

00:20 часов Адреналин 0,1% - 0,1 + Атропин 0,1% - 0,1

00:25 часов Адреналин 0,1% - 0,1 - асистолия ¶

00:30 часов Адреналин 0,1% - 0,1 - асистолия

Проведённые реанимационные мероприятия в течение 30 мин были без эффекта. У ребенка отмечалась атония, арефлексия, мидриаз.

В 00:35 часов 25.08.2022г. констатирована биологическая смерть.

Лабораторные исследования: Прокальцитонин (ПКТ) от 23.08.2022 - 0,19 нг/мл, ОАК развернутый от 23.08.2022 Лейкоциты- 11,7 10⁹/л, по остальным биохимическим анализам крови без патологий

Инструментальные исследования : На УЗИ внутренних и УЗИ плевральной полости 24.08.2022 патологии не выявлено

На рентгене ОГК от 24.08.2022г.: без очаговых изменений. 24.08.2022г. в 06:30 ребенок осмотрен детским невропатологом, подтвержден диагноз раневого столбняка, генерализованного, тяжелого течения.

24.08.2022г осмотрен хирургом, проведена санация и дренирование раны в области левой стопы.

Проведено лечение:

1) Цефзим ТЗ 750 мг*2 раза в сутки с 23.08.2022г.

2) Инфузионная терапия: Раствор Рингера 200.0 с 23.08.2022-24.08.2022

3) Симптоматическая терапия(сибазон 2,0 мл, аминазин 2.0 мл, анальгин 1.0 мл, димедрол 1.0мл, инфулан 40 мл)





4) Противостолбнячная сыворотка 90 000 МЕ. внутривенно после пробы по Безредко с 12:10-14:10ч. 24.08.2022г. 5) Респираторная поддержка.

Данный клинический случай показал:

1. Отсутствие настороженности педиатров, отоларингологов, невропатологов и даже инфекционистов в отношении столбняка, незнание его типичных клинических проявлений. Эпидемиологический анамнез всегда был одним из важнейших составляющих при постановке инфекционного диагноза и пренебрегать им не следует, особенно при подозрении на нейроинфекцию.

2. Родители не обращаются за хирургической помощью, если у их ребенка возникает мелкая травма, ранка, особенно если она быстро заживает, не нагнаивается. Хирургическая обработка раны в нашем случае была произведена очень поздно, спустя 12 дней после ее получения.

3. При столбняке стандартом лечения является специфическая терапия, как можно раннее введение противостолбнячной сыворотки. Однако, чтобы найти сыворотку, потребовались время, и немалые организационноадминистративные усилия, сыворотка была введена спустя 15 часов с момента госпитализации ребенка в ОРИТ, а с момента заболевания через 40 часов. Это говорит о нашей неготовности к встрече со столбняком, в инфекционном стационаре не оказалось противостолбнячной сыворотки. Мы забыли о столбняке, а он не исчез, и заболеваемость по всей видимости будет расти по мере снижения охвата вакцинацией АДС по республике.

4. Учитывая, что наиболее частой причиной смерти при столбняке является асфиксия вследствие спазма дыхательных мышц, голосовой щели и диафрагмы, наличие у ребенка генерализованных тонических судорог, опистотонуса при любых манипуляциях, ребенок должен был быть заинтубирован и переведен на ИВЛ в первые же часы поступления в реанимацию, а не в момент агонии.

5. И самое главное – заболевания столбняком удалось бы избежать, если бы ребенок был вакцинирован планово по национальному календарю прививок. Учитывая очень тяжелые, а так же смертельные последствия от столбняка и данные об отсутствии вакцинации у ребенка, этот случай представляет интерес для всех родителей, которые отказываются от прививок и для врачей в особенности врачей поликлиник.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.ПетровС.В.Общая хирургия:учебное пособие.–М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.806с
- 2.Mortality from tetanus between 1990 and 2015: findings from the global burden of disease study 2015 / Hmw H. Kyu, John Everett Mumford, Jeffrey D. Stanaway, Ryan M. Barber, Jamie R. Hancock, Theo Vos, Christopher J. L. Murray, Mohsen Naghavi // BMC PublicHealth. — 2017; 17: 179
- 3.Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. – СПб.: Фолиант, 2003. – 1040 с.
- 4.Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
- 5.Петлах В.И., Кузьменко Т.Н. Лечение ребенка с генерализованной формой столбняка//Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.2017. Том 7.№2. С. 51–54.





УДК 616-002.2

PARAMETERS OF THE LPO-AOP SYSTEM IN THE BLOOD AND MIXED SALIVA OF PATIENTS WITH CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS

Seitzhanova Aykhanym Dulatkyzy

Student of the Medical University of Karaganda

Scientific adviser - Shauenova Kulzhakhan Abdreshovna

Karaganda, Kazakhstan

Annotation. Studies were conducted where the state of LPO-AOP in mixed saliva and in the blood of patients with chronic catarrhal gingivitis was studied, where their positive dynamics in the treatment of catarrhal gingivitis was proved.

Keywords: catarrhal gingivitis, lipid peroxidation, antioxidant protection, mixed saliva.

The oral cavity and pharynx is an environment with a high risk of developing septic processes. Normally, there is a balance between the pathogenic microflora in them and local and general factors of immune defense. Violation of this balance can lead to the development of gingivitis, periodontitis and inflammatory pathology of the pharynx. In recent years, great importance in the development of inflammation of the periodontium is attached to the processes of free radical oxidation (FRO), disruption of antioxidant protection (AOP). Research I.V. Bezrukova showed that in patients with inflammatory periodontal diseases in the oral fluid, LPO indicators exceeded the norm by 3.5-4 times, while the AOP indicators increased simultaneously. The maximum increase in lipid peroxidation in the oral fluid was recorded in patients with an active destructive process in the periodontium. A.A. Ustinova and V.E. Ryabinin, it was shown that in the blood of individuals with different durations of chronic periodontal disease (quoted verbatim), there is a decrease in the activity of SOD and catalase with an increase in the activity of ceruloplasmin and an increase in lipid peroxidation products. These changes were most pronounced in 40–50-year-old patients than in 30-year-old patients with bacterial infectious periodontal diseases. The change in the activity of erythrocyte superoxide dismutase in the pathology of periodontal tissues was also registered by G.I. Shamovskaya. These studies have shown that in periodontal diseases, LPO processes are activated against the background of an imbalance in the AOP system, and these changes are of a generalized nature. Akopov S.E. and Kankanyaa A.P. it has been shown that saliva has a modulating effect on the formation of nitric oxide by isolated polymorphonuclear leukocytes. It has been suggested that the bactericidal properties of saliva, among other things, are determined by the generation of nitric oxide. According to these researchers, the loss of saliva NO - stimulating properties or their inversion can exacerbate the disorder of tissue homeostasis in periodontopathies.

In another study by these authors, it was shown that local activation of polymorphonuclear leukocytes in periodontitis is dangerous due to an increase in their ability to destroy NO. Prolonged depression of NO-dependent regulation of tissue homeostasis leads to tissue degeneration, primarily due to the development of gross persistent microcirculation disorders with corresponding consequences for periodontal tissues.

Thus, the analysis of literature data showed that the violation of lipid peroxidation and the antioxidant defense system is one of the leading factors in the development of periodontal lesions. At the same time, the state of the LPO-AOP system in gingivitis has not been sufficiently studied. The study of the state of LPO-AOP in gingivitis is of unconditional interest not only in the aspect of studying the role of OM in the mechanism of chronicity of this disease, but also as a criterion for the effectiveness of the treatment.





The aim of the study was to study the state of LPO-AOP in mixed saliva and in the blood of patients with chronic catarrhal gingivitis.

Materials and methods. A clinical study of toothpaste was carried out for 1 month and 33 students of the dental KMU aged 20 to 25 years with chronic catarrhal generalized gingivitis. All subjects were given toothpaste containing the enzyme immozymase as the main biologically active component. The control group of students used the treatment-and-prophylactic toothpaste "Several Mint". All subjects had the same level of hygienic skills and were provided with the same toothbrushes. Teeth were brushed twice a day for 3 minutes. Independently by standard method (Pakhomov. G.N. 1988). Prior to treatment, in the blood and in the mixed saliva of patients, indicators of lipid peroxidation and the antioxidant defense system were determined by conventional methods.

Results and discussions. From the data in Table 1 it follows that patients with chronic catarrhal gingivitis at the height of clinical manifestations in mixed saliva accumulate primary and secondary LPO products - diene conjugates and malondialdehyde. Thus, the content of DC in the mixed saliva of patients with chronic catarrhal gingivitis exceeded the control value by 67%, while the MDA level significantly increased compared to the norm by 2.9 times.

Table 1

Indicators of the LPO-AOP system in the mixed saliva of patients with chronic catarrhal gingivitis ($X \pm m$)

Indicators, units of measurements	Control (n=25)	Chronic catarrhal gingivitis
Diene conjugates (DC) nmol/ml	1.2 $\pm$ 0.02	1.99 $\pm$ 0.087*
Malondialdehyde (MDA) μ mol/ml	0.73 $\pm$ 0.18	2.1 $\pm$ 0.92*
Catalysis (CAT) nmol H ₂ O ₂ /ml/min	3.5 $\pm$ 0.33	1.35 $\pm$ 0.03*
Glutathione peroxidase (GPO) units/ml/min	5.9 $\pm$ 0.7	8.5 $\pm$ 0,15
Coefficient lipoperoxidation	1	8,6

*- Significance compared to control, $p < 0.05$ and lower

Evaluation of the activity of AOP enzymes in the mixed saliva of patients with chronic catarrhal gingivitis showed multidirectional changes in catalase and glutathione peroxidase. Thus, the activity of CAT significantly decreased by 2.6 times compared with the control, while the activity of GPO, on the contrary, increased and exceeded the norm by 44%.

Consequently, in the mixed saliva of patients with chronic catarrhal gingivitis, pronounced changes occur in the LPO-AOP system, which is illustrated by an increase in the lipid peroxidation coefficient for erythrocytes. Table 2 presents the results of a study of indicators of the LPO system - AOP in the blood of patients with chronic catarrhal gingivitis.

From the data in Table. 2 it follows that in the plasma and erythrocytes of the blood of patients, the content of the primary LPO products - diene conjugates significantly increased and more than 2 times exceeded the control value. In the blood plasma of patients with chronic catarrhal gingivitis, the content of the secondary LPO product, malonic dialdehyde, increased significantly by 67% compared with the control. A similar trend towards an increase in the content of MDA was revealed by gingivitis, changes in AOP enzymes were manifested. Thus, in the blood erythrocytes of patients with chronic catarrhal gingivitis, the activity of the enzymes of the first line of antioxidant protection, catalase and SOD, decreased by 1.4 and 1.7 times, respectively,





compared with the control. A similar trend towards an increase in the content of MDA was revealed by gingivitis, changes in AOP enzymes were manifested. Thus, in the blood erythrocytes of patients with chronic catarrhal gingivitis, the activity of the enzymes of the first line of antioxidant protection, catalase and SOD, decreased by 1.4 and 1.7 times, respectively, compared with the control.

Table 2

Indicators of the LPO-AOP system in the mixed saliva of patients with chronic catarrhal gingivitis ($X \pm m$)

Indicators, units of measurements	Control (n=25)	Chronic catarrhal gingivitis
Diene conjugates (DC) nmol/ml of plasm	0.7 $\pm$ 0.05	1.5 $\pm$ 0.3*
Diene conjugates (DC) c.u/ml of erythrocytes	29.3 $\pm$ 1.15	63.0 $\pm$ 1.3*
Malondialdehyde (MDA) μ mol/ml of plasm	2.7 $\pm$ 0.04	4.5 $\pm$ 0.24*
Malondialdehyde (MDA) μ mol/ml of erythrocytes	6.7 $\pm$ 0.15	9,7 $\pm$ 1,52
Catalysis (CAT) nmol H ₂ O ₂ /ml of erythrocytes /min	0.5 $\pm$ 0.03	0.35 $\pm$ 0.07*
Superoxide dismutase (SOD) c.u /ml of erythrocytes /min	20.7 $\pm$ 1.35	12.2 $\pm$ 3.5*
Glutathione peroxidase (GPO) units/ml of erythrocytes/min	87.5 $\pm$ 3.45	68.3 $\pm$ 7.39
Simple endometrial hypoplasia (SEH)	3.7 $\pm$ 0.025	6.3 $\pm$ 0.27*

*- Significance compared to control, $p < 0.05$ and lower

A tendency to a decrease in the activity of the enzyme of the second line of antioxidant defense - glutathione peroxidase - by 28% compared with the control was revealed. In addition, a decrease in the resistance to peroxide hemolysis of blood erythrocytes in patients with chronic catarrhal gingivitis was found: compared with the control, this indicator decreased by 1.7 times. Consequently, in the body of patients with chronic catarrhal gingivitis, lipid peroxidation syndrome develops, as evidenced by both the formation and accumulation of primary and secondary lipid peroxidation products, and changes in the activity of antioxidant defense enzymes both in the blood and in mixed saliva. Represent-

The proposed topical preparations with antioxidant actions should be included in the complex of therapeutic measures for catarrhal gingivitis.

LIST OF SOURCES USED:

1. Bezrukova I. V. New methods of treatment of inflammatory periodontal diseases // New in dentistry - 2018 - No. 34. - S. 55 - 57.
2. Ustinova A. A., Ryabinin V. E. Dependence of the antioxidant status of the blood of patients on the duration of chronic periodontal disease // Man and medicine: abstracts of the X Russian National Congress - M., 2019. - P. 384.
3. Kankanyan A. P., Akopov S. E. Dentistry. - 2019. - No. 3. - S. 19-21.
4. Akopov S. E., Kankanyan A. P. Inactivation of nitric oxide by polymorphonuclear leukocytes as a mechanism for the development of periodontal lesions // Dentistry. - 2019. - No. 2. - S. 12 - 14.





УДК 159.922

МЕХАНИЗМЫ АМОРТИЗАЦИИ СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

Бабанов С.А.

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой профессиональных болезней и
клинической фармакологии им. з.д.н. РФ профессора В.В. Косарева.

Стрижаков Л.А.

д-р мед. наук, профессор кафедры внутренних, профессиональных болезней и
ревматологии, руководитель Центра профессиональной патологии.

Острякова Н.А.

аспирант кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии им. з.д.н.
РФ профессора В.В. Косарева.

Лысова М.В.

врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии ГБУЗ СО «Самарская городская
больница №5».

Аннотация:

Цель – изучить особенности проявления копинг-стратегий, как механизма психологической адаптации к стрессовым условиям труда у медицинских работников

Материал и методы. Опрос и анализ были проведены среди следующих групп: Группа А – МР COVID-госпиталей, оказывающие медицинскую помощь больным COVID-19 (n=201). Группа А включала в себя 2 подгруппы - 1 группа - врачи терапевтических специальностей (BTC) COVID-госпиталей (n=111); 2 группа - врачи хирургических специальностей (ВХС) COVID-госпиталей (n=61); 3 группа - медицинские сестры COVID-госпиталей (n=29). группа В– МР многопрофильных стационаров, оказывающие медицинскую помощь по своему основному профилю, работающие в «обычном режиме» и периодически выявляющие пациентов с заболеванием новой коронавирусной инфекции COVID-19 (n=195). Группа В в свою очередь включала в себя также 3 подгруппы - 4 группа - врачи терапевтических специальностей (BTC) стационаров (n=106); 5 группа - врачи хирургических специальностей (ВХС) стационаров (n=58); 6 группа - медицинские сестры стационаров (n=31). Группа С - МР амбулаторно-поликлинического звена, оказывающие медицинскую помощь в условиях повышенного эпидемического порога по ОРВИ, гриппу и новой коронавирусной инфекции COVID-19 (n=186). В контрольную группу вошли работники инженерно-технических и экономических специальностей, не связанных по профилю деятельности с работой в медицинских организациях (здоровые). Для исследования механизмов копинг-стратегий преодоления психологических трудностей у МР применялась методика, разработанная Р.Лазарусом и С.Фолкманом.

Результаты. Таким образом, в результате проведенного исследования показаны особенности формирования психологических защит адаптивных копинг-стратегий профессионального поведения у врачей терапевтического профиля, врачей хирургического профиля, медицинских сестер специализированных COVID-госпиталей, многопрофильных стационаров, работающих в «обычном режиме», амбулаторно-поликлинического звена. Показано, что преобладающими копинг-стратегиями у врачей хирургических специальностей специализированных COVID-госпиталей на высоком уровне находятся такие копинг-стратегии, как «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности». Одновременно у медицинских сестер COVID-госпиталей на высоком уровне находится копинг-стратегия «дистанцирование».

Ключевые слова: копинг-стратегии; медицинские работники.





ВВЕДЕНИЕ

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, начавшаяся в городе Ухань (Китай) оказала серьезное психологическое воздействие на медицинских работников всех специальностей, перестроила обычный распорядок повседневной жизни и работы. Исследования показывают, что как врачи, так и медицинские сестры испытывают значительный стресс во время, а также хронический стресс после крупномасштабных эпидемических вспышек инфекционных заболеваний [1, 2]. Согласно отечественным и международным данным, высокий уровень нагрузки и угроза инфекционного заражения значительно повышают риск профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации среди врачей и среднего медицинского персонала [3,4]. При этом доказано, что повышенная нервно-эмоциональная нагрузка сопряжена с высоким риском соматических и психических расстройств [5]. Повышенный уровень стресса может сказываться как на эмоциональном состоянии [6], так и на медицинских работников [7]. Выгорание среди врачей приводит к повышенному риску врачебной ошибки, ухудшению прогноза лечения, желанию сократить продолжительность рабочего дня, врачебной нагрузки, вплоть до ухода из профессии [8]. Профессиональная деятельность врача всегда, и прежде всего в период вспышек опасных инфекций, связана с вопросами «жизни и смерти», определяющими высокую степень ответственности за другого человека, что определяет как степень риска развития профессионального выгорания, так и необходимость психологической адаптации к стрессовым условиям труда, в том числе и с использованием различных копинг-стратегий психологической адаптации[9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности проявления копинг-стратегий, как механизма психологической адаптации к стрессовым условиям труда у медицинских работников, выявить преобладающие копинг-стратегии у медицинских работников, работающих в стационарных условиях и условиях амбулаторно-поликлинического звена в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на кафедре профессиональных болезней и клинической фармакологии имени заслуженного деятеля науки Российской Федерации профессора Косарева Владислава Васильевича ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и отделения профпатологии областного центра профпатологии ГБУЗ СО «Самарская городская больница №5».

Опрос и анализ были проведены среди следующих групп медицинских работников, работающих в специализированных COVID-госпиталях; многопрофильных стационарах, оказывающих медицинскую помощь по своему основному профилю, работающих в «обычном режиме» и периодически выявляющих пациентов с заболеванием новой коронавирусной инфекцией COVID-19; амбулаторно-поликлиническом звене.

Группа А – МР COVID-госпиталей, оказывающие медицинскую помощь больным COVID-19 (n=201). Группа А включала в себя 3 подгруппы - 1 группа - врачи терапевтических специальностей (BTC) COVID-госпиталей (n=111); 2 группа - врачи хирургических специальностей (ВХС) COVID-госпиталей (n=61); 3 группа - медицинские сестры COVID-госпиталей (n=29). группа В – МР многопрофильных стационаров, оказывающие медицинскую помощь по своему основному профилю, работающие в «обычном режиме» и периодически выявляющие пациентов с заболеванием новой коронавирусной инфекции COVID-19 (n=195). Группа В в свою очередь включала в себя также 3 подгруппы - 4 группа - врачи терапевтических многопрофильных специальностей (BTC) многопрофильных стационаров (n=106); 5 группа - врачи хирургических





специальностей (ВХС) многопрофильных стационаров ($n=58$); 6 группа - медицинские сестры многопрофильных стационаров ($n=31$). В контрольную группу вошли работники инженерно-технических и экономических специальностей, не связанных по профилю деятельности с работой в медицинских организациях (здоровые). Оценка копинг-стратегий у МР в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 проводилась по методике разработанной Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптированной Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году [Lazarus, Folkman, 1988, Крюкова Е.В., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С., 2004]. При статистической обработке достоверность различий определялась при помощи однофакторного дисперсного анализа (ANOVA) с последующими межгрупповыми сравнениями по критерию Dunnett. Обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета Statistica фирмы StatSoft (USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После обработки результатов нами проведены оценка и анализ показателей копинг-стратегий у МР в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

При оценке показателя «самоконтроль» определяется достоверное увеличение в группе МР специализированных COVID-госпиталей ($p_{a-10} \leq 0,001$); МР многопрофильных стационаров ($p_{b-10} < 0,001$) по сравнению с контролем. При оценке показателя «поиск социальной поддержки» определяется достоверное увеличение в группе МР специализированных COVID-госпиталей ($p_{a-10} \leq 0,001$) и МР многопрофильных стационаров ($p_{b-10} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группе МР COVID-госпиталей ($p_{a-10} \leq 0,001$); МР многопрофильных стационаров ($p_{b-10} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «планирование решение проблемы» определяется достоверное увеличение в группе МР многопрофильных стационаров ($p_{b-10} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «положительная переоценка» определяется достоверное увеличение в МР специализированных COVID-госпиталей ($p_{a-10} \leq 0,001$); МР многопрофильных стационаров ($p_{b-10} = 0,022$) по сравнению с контрольной группой.

При оценке показателя «самоконтроль» определяется достоверное увеличение в группах ВТС COVID-госпиталей ($p_{1-10} = 0,037$); ВТС стационаров ($p_{4-10} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При этом показатель «самоконтроль» достоверно выше у ВТС COVID-госпиталей по сравнению с врачами терапевтических специальностей многопрофильных стационаров ($p_{1-4} = 0,014$). При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группе ВТС стационаров ($p_{4-10} = 0,004$) по сравнению с контролем. При оценке показателя «планирование решение проблемы» определяется достоверное увеличение в группах ВТС многопрофильных стационаров ($p_{4-10} = 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «положительная переоценка» определяется достоверное увеличение в группах ВТС многопрофильных стационаров ($p_{4-10} = 0,012$) по сравнению с контрольной группой.

При оценке показателя «дистанцирование» определяется достоверное увеличение в группе ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «самоконтроль» определяется достоверное увеличение в группах ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$); ВХС стационаров ($p_{5-10} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «поиск социальной поддержки» определяется достоверное увеличение в группах ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$); ВХС стационаров ($p_{5-10} = 0,024$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группах ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$); ВХС стационаров ($p_{5-10} \leq 0,001$) по сравнению с контролем. При оценке показателя «планирование решение проблемы» определяется достоверное увеличение в группе ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «положительная переоценка» определяется достоверное увеличение в группе ВХС COVID-госпиталей ($p_{2-10} \leq 0,001$) по сравнению с контрольной группой. При этом показатель «положительная





переоценка» достоверно выше у ВХС COVID-госпиталей по сравнению с врачами хирургических специальностей стационаров ($p_{2-5}=0,006$).

При оценке показателя «самоконтроль» определяется достоверное увеличение в группах медицинских сестер, работающих в COVID-госпитале ($p_{3-10}=0,009$); медицинских сестер, работающих в многопрофильных стационарах ($p_{6-10}=0,013$) по сравнению с контрольной группой. При оценке показателя «принятие ответственности» определяется достоверное увеличение в группе медицинских сестер, работающих в COVID-госпитале ($p_{3-10}=0,023$) по сравнению с контрольной группой. У ВХС специализированных COVID-госпиталей на высоком уровне находятся такие копинг-стратегии, как «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности». Одновременно у медицинских сестер специализированных COVID-госпиталей на высоком уровне выраженности находится стратегия «дистанцирование».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведенного исследования показаны особенности формирования психологических защит адаптивных копинг-стратегий профессионального поведения у врачей терапевтического профиля, врачей хирургического профиля, медицинских сестер специализированных COVID-госпиталей, многопрофильных стационаров, работающих в «обычном режиме». Показано, что преобладающими копинг-стратегиями у врачей хирургических специальностей специализированных COVID-госпиталей на высоком уровне находятся такие копинг-стратегии, как «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности». Одновременно у медицинских сестер COVID-госпиталей на высоком уровне находится копинг-стратегия «дистанцирование». Оценка особенностей проявления копинг-стратегий, как механизма психологической адаптации к стрессовым условиям труда у медицинских работников позволяет своевременно использовать методики психологической реабилитации и терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Бабанов С.А. Профессия и стресс: синдром эмоционального выгорания. Энергия: экономика, техника, экология. 2010;10:74-79].
2. Сазонова О.В., Гаврюшин М.Ю., Кувшинова Н.Ю., Острякова Н.А., Бабанов С.А. Профессиональное выгорание медицинских работников: пандемия COVID-19 как фактор опасного влияния на психическое здоровье. Наука и инновации в медицине. 2023;8(1):39-44. / doi: 10.35693/2500-1388-2023-8-1-39-44
3. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях. В кн.: Психология здоровья. СПб., 2000:443-463].
4. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc. 2020;83(3):217-20. doi: 10.1097/ JCM.A.0000000000000270
5. Sulkowski L. COVID-19 pandemic; recession, virtual revolution leading to de-globalization? J Intercult Manag. 2020;12:1-11. doi: 10.2478/joim-2020-0029 12. Macintyre CR. On a knife's edge of a COVID-19 pandemic: is containment still possible. Public Health Res Pract. 2020;30(1):3012000. doi: 10.17061/phrp3012000.
6. Lai J, Ma S, Wang Y. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/ jamanetworkopen.2020.3976
7. Sun N, Shi S, Jiao D. A Qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. Am J Infect Control. 2020;48(6):592-8. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018
8. Alsubaie S, Temsah MH, Al-Eyadhy AA, et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives. J Infect Dev Ctries. 2019;13:920-926. doi: 10.3855/jidc.11753
9. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross sectional study. Brain Behav Immun. 2020;87:11-7. doi: 10.1016/j. bbi.2020.03.028





РОЛЬ ФЕРРИТИНА В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Зоитова Н.М., Юлдашева Д.Ю., Ахмедова М.Т., Максудова М.М.

ЭКО Центр “Si zona bo`lasiz”

Ташкентская медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине

Аннотация: Ферритин является маркером ресурсов железа и имеет жизненно важное значение для организма. Он оказывает прооксидантное действие, связанное с окислительным стрессом и воспалением. Низкий уровень ферритина указывает на железодефицитную анемию, а повышение его уровня на наличие воспаления и высокий уровень окислительного стресса. Все эти следственные факторы, связанные с изменением уровня ферритина оказывают значительное влияние на фертильность. В данном исследовании проведена оценка влияния низкого уровня ферритина у пациенток, вошедших в протокол ЭКО/ИКСИ в ЭКО Центре «Сиз она бўласиз». Целью данного исследования является сравнительный анализ влияния изменения уровня ферритина на количество и качества извлеченных ооцитов, а также эмбрионов во время протоколов ЭКО/ИКСИ.

Ключевые слова: ЭКО/ИКСИ, качество ооцитов и эмбрионов, ферритин, латентный железодефицит.

Введение

Во всем мире репродуктивно активные женщины подвержены риску железодефицитной анемии, которая вызывает значительную заболеваемость и бесплодие¹. Во всем мире от бесплодия страдают более 186 миллионов человек, основная часть которых приходится на жителей развивающихся стран². Нарушения овуляции, в том числе синдром поликистозных яичников (СПКЯ), дисфункция гипоталамуса, недостаточность яичников, трубное бесплодие, эндометриоз, маточные и цервикальные причины являются распространенной этиологией женского бесплодия³. Бесплодие является клинически распространенным заболеванием, встречающимся примерно у 10% женщин детородного возраста⁴. Исследования подтвердили тесную связь между дефицитом микроэлементов и загадочным бесплодием у женщин¹. Недавнее эпидемиологическое обсервационное исследование показало, что женщины, не получавшие добавки железа, имели более высокий риск овulatorного бесплодия по сравнению с женщинами, принимавшими добавки железа⁵.

По статистике, почти у 25 % населения земного шара присутствует дефицит железа в организме⁶. У женщин железодефицитная анемия встречается в 6 раз чаще, чем у мужчин, а вероятность забеременеть при железодефицитных состояниях снижается на 60%⁷. По оценке Всемирной организации здравоохранения, наибольшей группой, страдающей от анемии, были небеременные женщины (468 миллионов), и это открывает возможности для рассмотрения анемии как возможного фактора риска снижения фертильности женщин⁸.

Ферритин представляет собой внутриклеточный запасной белок железа, который является жизненно важным маркером ресурсов железа, в то время как железо является важным окислительно-восстановительным металлом, который имеет жизненно важное значение для организма⁶. Он оказывает прооксидантное действие, связанное с окислительным стрессом и воспалением⁹. Низкий уровень ферритина может указывать на железодефицитную анемию, которая может оказать значительное влияние на фертильность¹. Недостаток железа (железодефицитная анемия) и бесплодие имеют прямую связь, поскольку нарушается процесс созревания яйцеклетки и овуляции⁹.





В последние годы в исследованиях многими авторами изучалась взаимосвязь между уровнями ферритина в фолликулярной жидкости и результатами экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), включая качество эмбрионов, частоту наступления клинической беременности и частоту живорождения¹⁰. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) — это широко используемая процедура вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), которая помогает парам, испытывающим трудности с естественным зачатием, зачать ребенка¹¹. ЭКО включает оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом вне тела в лабораторных условиях, а затем перенос полученного эмбриона обратно в матку⁶. Фолликулярная жидкость представляет собой жидкость, которая окружает развивающийся ооцит в фолликуле и обеспечивает необходимые питательные вещества и факторы роста для ооцита и развивающегося эмбриона³. Количество и качество непосредственно собранных ооцитов представляет реакции яичников и считается наиболее важным клиническим показателем продукции ооцитов, помимо их способности полностью созреть и успешно выжить¹⁰. Качество яйцеклетки является важным фактором, определяющим успех ЭКО. Плохое качество яйцеклетки может привести к более низкой вероятности оплодотворения, более низкому качеству эмбрионов и более высокому риску выкидыша¹². Исследователями выявлено то, что при недостатке данного микроэлемента ухудшается кислородоснабжение тканей и клеток, что негативно влияет на работу яичников, приводит к ухудшению качества яйцеклеток, а также на исход (ЭКО) у бесплодных женщин, подвергшихся этому процессу¹⁰.

Авторы утверждают, что женщины, которые не получают достаточного количества железа, могут иметь проблемы с овуляцией и, вероятно, плохим овуляторным здоровьем, что может препятствовать беременности со скоростью на 60% выше, чем у женщин с достаточным содержанием железа в крови¹³. Однако, исследования все еще продолжаются, некоторые из них показали, что аменорея (отсутствие менструации) может быть вызвана железодефицитной анемией¹. Это связано с тем, что женское тело не хочет больше терять железо, поэтому оно останавливается от менструации. Фактически, по оценкам исследователей, аменорея возникает примерно у 50% женщин детородного возраста с железодефицитной анемией¹.

Таким образом, низкий уровень ферритина может ухудшить здоровье эмбриона, что приведет к плохому росту и развитию и снижению шансов на успешную беременность. В данном исследовании мы проводили оценку влияния низкого ферритина у пациенток, вошедших в протокол ЭКО/ИКСИ в ЭКО Центре «Сиз она бўласиз». Целью данного исследования является сравнительный анализ влияния низкого ферритина на количество извлеченных ооцитов, ооцитов метафазы II (МII) и жизнеспособных эмбрионов во время протоколов ЭКО/ИКСИ.

Методы.

В данном исследовании принимали участие 76 пациентов, которые проходили обследование и подготовку к экстракорпоральному оплодотворению в ЭКО Центре «Siz Ona Bo'lasiz» с июля 2022 год по январь 2023 г. Было получено информированное согласие. Выбранные пациенты были разделены на 2 группы согласно Руководству ВОЗ по использованию концентрации ферритина для оценки статуса железа у отдельных лиц и групп населения от 30 до 70 мкг/л⁸:

Основная группа состояла из n=46 (60,5%) пациентов с нормальным значением ферритина в крови;

Группа сравнения состояла из n=30 (39,5%) пациентов с низким уровнем ферритина в крови.





Между группами не наблюдалось существенных различий в исходных характеристиках, показаниях к ЭКО, предшествующих неудачах ЭКО и базовом гормональном профиле. Уровень АМГ в группах исследования были одинаковыми $1,6 \pm 0,4$. Критериями исключения были: 1) возраст < 19 или > 40 лет; 2) мужской фактор 3) СПКЯ; 4) тяжелый эндометриоз, 5) аномальная полость матки (подслизистая миома, полипы эндометрия, перегородка матки) или 6) предшествующие хирургические вмешательства в яичниках.

У всех пациентов до начала лечения были проведены лабораторные исследования, что включали в себя общий анализ крови, биохимический анализ крови и уровень ферритина в крови. Пациенты группы сравнения с низким уровнем ферритина прошли комплексную терапию по нормализации уровня ферритина в крови, в которой были применены препараты железа (18 мг/сутки), белки (10-20 гр/сутки), витамины группы Б. Препараты применялись независимо от дня и фазы менструального цикла. Интервал приема составлял от 1 до 3 месяцев. Эмбриологические переменные сравнивались между тремя группами. В течении 3 месяцев после которых также были проведены повторные лабораторные анализы в крови.

Анализ данных был выполнен с использованием RStudio. Данные имели нормальное распределение и выражались в виде среднего значения и стандартного отклонения (среднее значение $\pm$ стандартное отклонение). Значимость различий различных средних была проверена с использованием независимого t-критерия Стьюдента для различий между двумя средними значениями. Уровнем значимости был принят $\alpha=0.05$.

Результаты и обсуждение

В данном анализе были проанализированы $n=76$ пациентов, которые вошли в протокол ЭКО в ЭКО Центре «Siz Ona bo'lasiz». Пациенты были распределены на 2 группы согласно уровню ферритина в крови. Основная группа состояла из $n=46$ (60,5%) пациентов с нормальным значением ферритина в крови, а группа сравнения состояла из $n=30$ (39,5%) пациентов с низким уровнем ферритина в крови.

Различие основных характеристик пациентов в двух группах было незначительное: ($28,7 \pm 0,7$) и ($29,5 \pm 0,5$) лет, соответственно. Не наблюдалось существенных различий между двумя группами по исходным характеристикам, факторов риска, показаниям для ЭКО, предшествующим неудачам ЭКО и базовому гормональному профилю. Значимое различие составляли пациенты группы сравнения, имеющие идиопатическое бесплодие ($0,1 \pm 0,05$), относительно Основной группы ($0,3 \pm 0,1$) ($p=0.001$).

Средний показатель ферритина в крови в основной группе с нормальным уровнем был $51,6 \pm 1,7$ мкг/л, а в группе сравнения с низким уровнем $19,7 \pm 1,4$ мкг/л. В результате лечения такие показатели как количество эритроцитов, уровень гемоглобина, MCV, MCH, MCHC и уровень ферритина статистически достоверно увеличились. После лечения проводилось экстракорпоральное оплодотворение в сравниваемых группах, как получивших лечение от латентного железодефицита так и не принимавших лечение.

Средние показатели количества извлеченных ооцитов и ооцитов в метафазе II в группе сравнения были почти два раза меньше относительно аналогичных показателей основной группы: $7,5 \pm 2,5$ против $14,2 \pm 9,4$ для ооцитов и $5,4 \pm 1,6$ против $10,4 \pm 7,4$, соответственно. Различие в показателях средних значений количества ооцитов и ооцитов метафазы II в двух группах было статистически значимым ($p=0.001$ и $p=0.01$, соответственно). Различие в средних показателях количества эмбрионов в группе сравнения и основной группах было еще более значимым: $1,2 \pm 1,1$ в основной группе и $3,8 \pm 2,6$ в контрольной группе ($p=0.001$).





Выводы.

Исходя из проведенного исследования, мы стали свидетелями того, что уровень ферритина у женщин является существенным фактором, отрицательно влияющим на результативность программ ЭКО и частоту наступления беременности в циклах ЭКО. Женщинам, проходящим подготовку к программе ЭКО, следует проверить уровень ферритина и наличие воспалительного очага. Комплексная терапия по нормализации уровня ферритина может обеспечить повышение результативности программы ЭКО и шансов женщины на здоровую беременность и рождение здорового ребенка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Tonai S, Kawabata A, Nakanishi T, et al. Iron deficiency induces female infertile in order to failure of follicular development in mice. *J Reprod Dev.* 2020;66(5):475. doi:10.1262/JRD.2020-074
2. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update.* 2015;21(4):411-426. doi:10.1093/HUMUPD/DMV016
3. Deroux A, Dumestre-Perard C, Dunand-Faure C, Bouillet L, Hoffmann P. Female Infertility and Serum Auto-antibodies: a Systematic Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017;53(1):78-86. doi:10.1007/S12016-016-8586-Z/METRICS
4. Joham AE, Palomba S, Hart R. Polycystic Ovary Syndrome, Obesity, and Pregnancy. *Semin Reprod Med.* 2016;34(2):93-101. doi:10.1055/S-0035-1571195
5. Sinai Talaulikar V, Bajoria R, Ehidihamen A., Mujawar E, Chatterjee R. P-587 Does iron overload affect ovarian reserve? - A 10-year longitudinal study of evaluation of ovarian reserve in women with transfusion-dependent beta thalassaemia major. *Hum Reprod.* 2022;37(Supplement_1). doi:10.1093/HUMREP/DEAC107.541
6. Search Results | Human Reproduction | Oxford Academic. Accessed March 23, 2023. https://academic.oup.com/humrep/search-results?page=1&q=Effect of Ferritin on IVF Outcomes&fl_SiteID=5285&SearchSourceType=1&allJournals=1
7. Abstract book of the 31 st ESHRE Annual Meeting, Lisbon, Portugal, 14–17 June 2015 . *Hum Reprod.* 2015;30(suppl 1):i1-i501. doi:10.1093/HUMREP/30.SUPPLEMENT_1.1
8. Moshinsky M. *No Title* بلیب. Vol 13.; 1959.
9. Sanchez AM, Papaleo E, Corti L, et al. Iron availability is increased in individual human ovarian follicles in close proximity to an endometrioma compared with distal ones. *Hum Reprod.* 2014;29(3):577-583. doi:10.1093/HUMREP/DET466
10. Mensi L, Borroni R, Reschini M, et al. Oocyte quality in women with thalassaemia major: insights from IVF cycles. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2019;3. doi:10.1016/J.EUROX.2019.100048
11. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2018;110(3):364. doi:10.1016/J.FERTNSTERT.2018.05.004
12. Bartke A. Embryology. *Hum Reprod.* 1996;11(suppl_1):148-157. doi:10.1093/HUMREP/11.SUPPL_1.148
13. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update.* 2015;21(4):411-426. doi:10.1093/HUMUPD/DMV016





ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША
2011 – 2021 ЖЫЛДАРДАҒЫ ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ
ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ СКРИНИНГ ТӘСІЛІНІҢ НӘТИЖЕСІ

Бертаев Бауыржан Лесбекұлы^{1,2}, Калдыгозова Галия Еркінбековна²

Түркістан облысының Облыстық клиникалық ауруханасы¹

Қ.Ясауи атындағы ХҚТУ²

Түйін: Мақалада Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша Қалалық онкологиялық орталықта ем қабылдаған науқастар бойынша 2011-2021 жылдардағы жатыр мойны қатерлі ісігімен ем қабылдаған науқастардың статистикалық мәліметтері берілген. Жалпы науқастар санының, динамикасымен қатар олардың өміршеңдігі, 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші, бір жылдық өлім деңгейі берілген. Зерттеу нәтижелері Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша жатыр мойны қатерлі ісігімен сырқаттанған науқастар санының жыл санап артып отырғанын көрсетеді. Алғаш анықталған жағдайдың өзі 10 жыл ішінде 2011 жылғы аурушандық деңгейі 108 (100 мың адамға шаққанда 4,7%) болса, 2016 жылы 150 (100 мың адамға шаққанда 5,7%) жетсе, ал 2021 жылы 234-ге жеткен. Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша жатыр мойны қатерлі ісігінің жиілігі артқанымен, оның ерте анықталу көрсеткіші жақсы деңгейде ісіктің бастапқы I-II сатыларында анықталуы 2011 жылы 94(87%), 2016 жылы 121(80,6%) анықталса, 2021 жылы 213(91%).

Кілт сөздер: жатыр мойны қатерлі ісігі, аурушандық, ісік даму сатысы, өміршеңдік, науқас, скрининг.

Кіріспе. Қазірде дүние жүзінде жатыр мойны қатерлі ісігі диагнозымен өмір сүріп жатқан әйелдердің саны 175 мыңнан асқан. Қазақстанда жыл сайын 1700 әйел жатыр мойны қатерлі ісігімен сырқаттанса, өкініштісі олардың 600 қайтыс болады. Яғни, күніне 2 әйел жатыр мойны қатерлі ісігінен өмірден озады. Бұл жатыр мойны қатерлі ісігімен ауырған әйелдердің әр екіншісі өледі деген сөз[1].

Австралияның денсаулық сақтау институтының мәліметтері бойынша 1994 жылы скринингтік бағдарлама енгізілгеннен соң, әйелдер арасындағы аурушандық деңгейі 100 мың тұрғынға шаққанда 13,2 – ден 6,9 – ға, ал ЖМҚІ келетін өлім деңгейі 4,0 – ден 1,9 – ға, яғни екі есеге дейін төмендеген[2]. Бұндай мүмкіншілік ауруды ерте анықтап, бастапқы кезінде ем тағайындалғандығына байланысты.

Қазақстан Республикасында 100 000 тұрғынға шаққандағы аурушандық көрсеткіші 17 – ден 20 – ға дейін жетеді. Дамыған Европа мен Солтүстік Америкада елдерінде бұл көрсеткіш 2 – 3 есе төмен. Еліміз Латвия, Литва, Украина, Ресей және Орталық Азия елдері сияқты аурушандық деңгейі жоғары елдер тобына кіреді.

Онкологиялық науқастарды электрондық тіркеу(ЭРОБ) базасының 2020 жылғы мәліметі бойынша, ЖМҚІ келетін өлім көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 7,7 құрайды. ЖМҚІ жалпы қатерлі ісіктердің арасында кездесу жиілігі бойынша 5(бесінші), ал олардан келетін өлім деңгейі бойынша 10(оныншы) орында. Яғни, қатерлі ісіктердің 5,1 % құрайды[2].

Соңғы жылдары бүкіл әлемде жатыр мойны қатерлі ісігі таралуының айқын үрдісі байқалуда. ДДҰ деректері бойынша, аурушандықтың барлық жаңа оқиғаларының 90% экономикасы дамып келе жатқан елдерге тиесілі, олардың көбісі расталмаған диагнозбен және өмірін ұзарта алатын тиісті емдеу тәсілдерінің қолжетімсіздігі басым болып отыр.





Жұмыстың мақсаты: Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша 2011 - 2021 жылдардағы жатыр мойны қатерлі ісігі бойынша скрининг тәсілінің нәтижесін талдау арқылы жатыр мойны қатерлі ісігінің динамикасын бағалау.

Тәсілдері: Жұмыстың негізгі өзегі ретінде Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша Қалалық онкологиялық орталықта 2011 - 2021 жылдардағы жатыр мойны қатерлі ісігі бойынша ем қабылдаған науқастар алынды. Олардың жалпы саны, ісіктің даму сатысы, 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші, 1 жылдық өлім деңгейі анықталды.

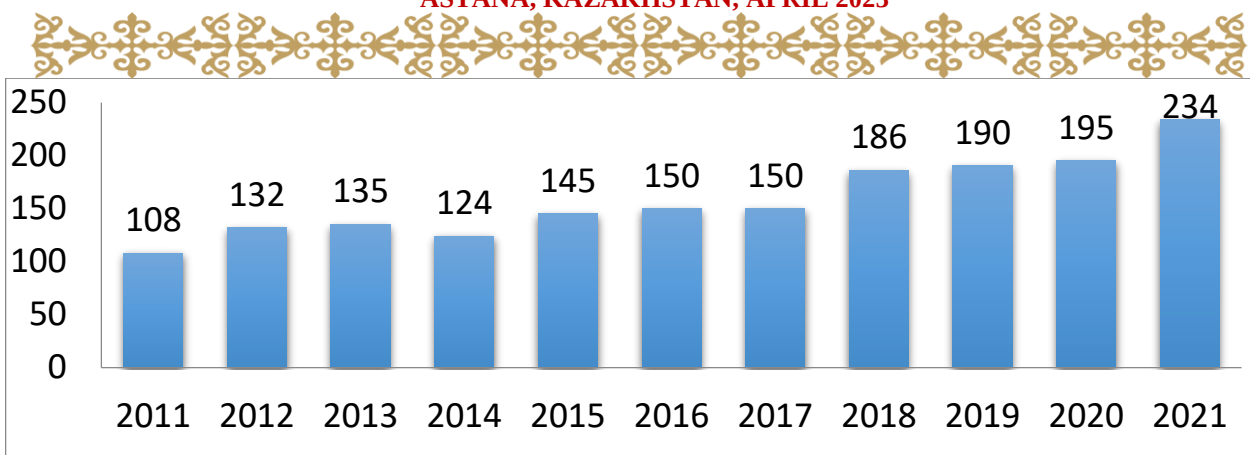
Нәтижелері.

Кесте 1. Түркістан облысы мен Шымкент қаласы онкологиялық ауруларға қарсы диспансерінің Жатыр мойны қатерлі ісігі туралы соңғы мәліметтеріне назар аударып көрелік. Кестеде 2011 жылдан бастап, 2021 жылға дейінгі жатыр мойны ісіктері бойынша сапалық көрсеткіш берілген[2].

№	Жылдар	Аурушандық		Сатылары						Өлім көрсеткіші		5 жылдық өмір сүру көрсеткіші	
		абс.с	100 м. т.ш	I-II		III		IV		абс. с	100 м. т.ш	абс. с	%
				абс	%	абс	%	абс	%				
1	2011	108	4,7	94	87,0	12	11,1	1	0,9	59	2,6	289	46,7
2	2012	132	5,7	111	84,0	18	13,6	3	2,2	63	2,7	327	49,3
3	2013	135	5,7	118	87,4	13	9,6	4	2,9	85	3,6	356	52,1
4	2014	124	5,1	100	80,6	24	19,3	-	-	57	2,3	399	53,4
5	2015	145	5,7	126	86,8	16	11,0	3	2,0	63	2,4	427	51,8
6	2016	150	5,7	121	80,6	25	16,6	4	2,6	72	2,7	418	49,0
7	2017	150	5,6	128	85,3	21	14,0	1	0,6	45	1,6	353	42,3
8	2018	186	6,8	149	80,1	32	17,2	3	1,6	72	2,6	394	43,9
9	2019	190	6,8	173	91,0	15	7,8	2	1,0	87	3,1	471	52,0
10	2020	195	6,9	176	90,2	16	8,2	3	1,5	78	2,7	483	46,3
11	2021	234	8,1	213	91,0	20	8,5	1	0,4	92	3,2	544	47,0

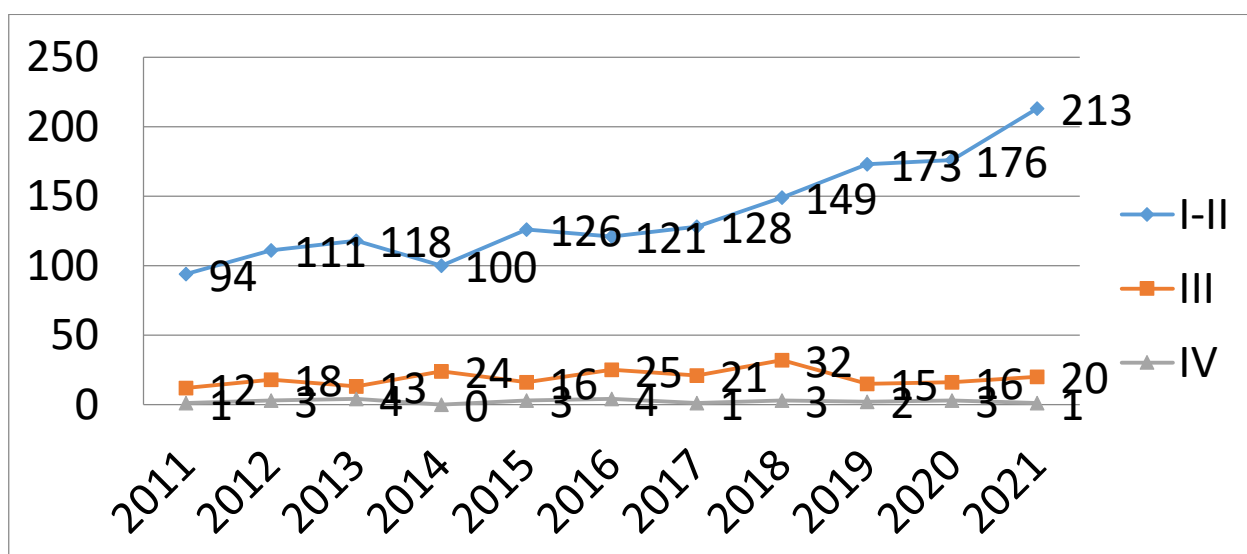
Кесте 2. Бұл кескіндемеде ҚОО тексерілген, қатерлі ісік бойынша диагнозы мен сатылары толық анықталып, ем қабылдаған аурулар саны мен 2011 – 2021 жылдарғы динамикасы берілген.





Кестеде көрсетілгендей алғаш анықталған жатыр мойны қатерлі ісігінің аурушандық деңгейі Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша жиілегендігі байқалады. 2011 жылғы аурушандық деңгейі 108 (100 мың адамға шаққанда 4,7%) болса, 2016 жылы 150 (100 мың адамға шаққанда 5,7%) жетсе, ал 2021 жылы 234-ге жеткен (100 мыңға шаққанда 8,1%). Яғни, 10 жылдың ішінде екі есеге дейін жоғарылағандығын көруімізге болады[2].

Кесте 3. Қатерлі ісік бойынша диагнозы толық анықталып, ем қабылдаған науқастар саны мен 2011-2021 жылдардағы динамикасы.



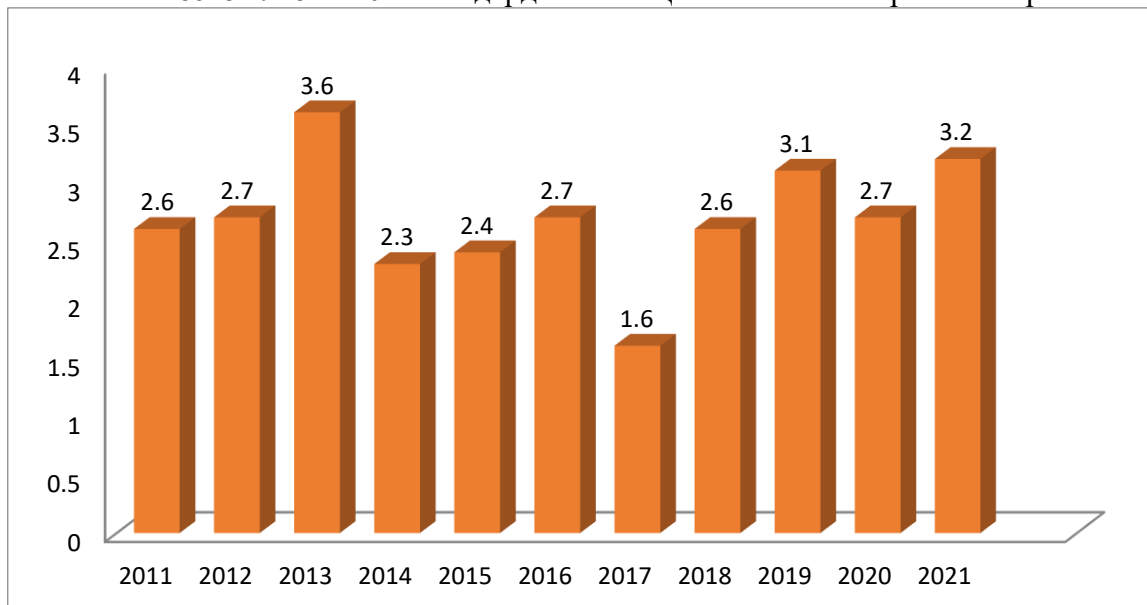
Кескіндемеде жатыр мойны қатерлі ісігінің даму сатылары бойынша жиілігі берілген. Ісіктің бастапқы I-II сатыларында анықталуы 2011 жылы 94(87%), 2016 жылы 121(80,6%) анықталса, 2021 жылы 213(91%) жоғарылағандығын көруімізге болады. Яғни, өңірімізде скринингтік бағдарламаның дұрыс жолға қойылғандығын байқауымызға болады. Сонымен қатар ісіктің III және IV сатыларында анықталу жиілігі берілген. Ісіктің III сатысында анықталуы 2011 жылы 12(11,1%), 2016 жылы 25(16,6%) анықталса, 2021 жылы 20(8,5%), ал IV сатысында 2011 жылы 1(0,9%), 2016 жылы 4(2,6%), 2021 жылы 1(0,4%) анықталса, яғни ісіктің асқынған III және IV сатыларында анықталу жиілігі төмендегендігін айқын көруімізге болады[2].

Скрининг бағдарламасы бойынша жатыр мойны қатерлі ісігі ерте анықтауда біршама ілгерілеушілік болғанымен, сол аурудан өлім деңгейі әлі күнге көңіл көншітетіндей деңгейге жетпеген. Оны келесі кескіндемеден айқын көруімізге болады.



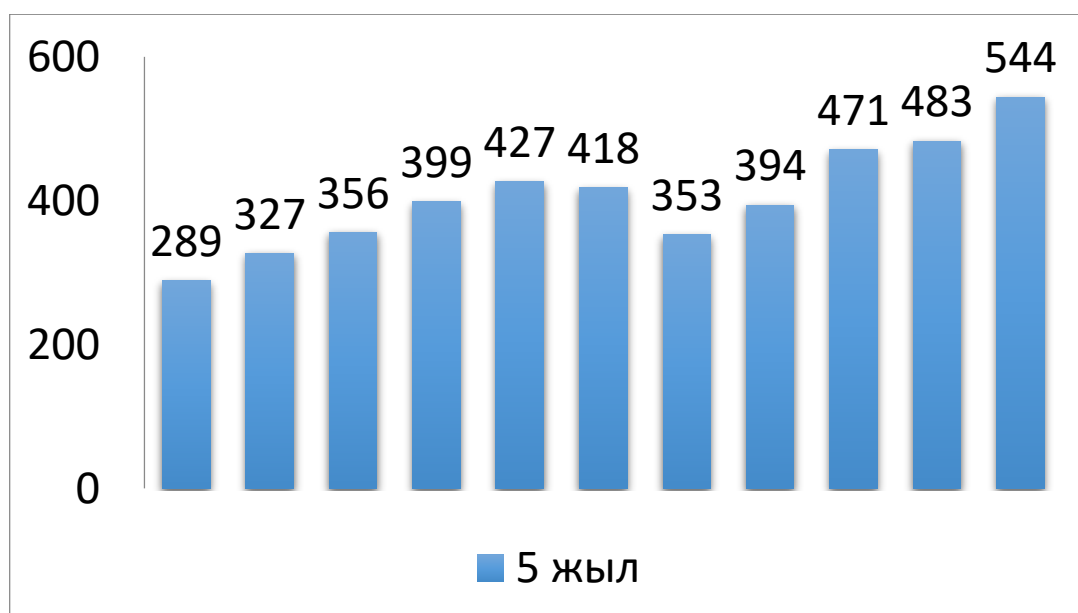


Кесте 4. 2011-2021 жылдардағы ЖМҚІ жалпы өлім көрсеткіштері



Кескіндеме нәтижесі бойынша жатыр мойны қатерлі ісігі салдарынан өлім деңгейі сол жоғары қалпында қалып отыр. Динамикалық бақылау бойынша өлім көрсеткіші деңгейі 100 мың тұрғынға шаққанда 2011 жылдағымен салыстырғанда 2,6 – дан (59 абс.с), біршама артып 2016 жылы 2,7 (72 абс.с), ал 2021 жылы 3,2-ке (92 абс.с) жеткен. Көрсеткіш жасалынып жатқан бағдарламаны әлі де жандандыру керектігінің білдіреді[2].

Кесте 5. Кескіндеме қатерлі ісікпен науқастанғандардың 5 жылдық өмір сүру ұзақтығына негізделген.



Берілім бойынша 5 жылдық өмір сүру деңгейі 2011 жылы 289 (46,7%) құраса, 2016 жылы 418 (49,0%) жоғарылаған, ал 2021 жылы 544 (47,0) жеткендігін аңғаруға болады[2].





Нәтижелерді талқылау

Жатыр мойны қатерлі ісігімен сырқаттану жиілігі артуының, кеш анықталуының және өлім көркеткіші жоғарылауының бірнеше себептері бар.

1. Негізгі себеп, аурудың бастапқы сатыларында клиникалық белгілерінің болмауы немесе мардымсыз болуы.
2. Аталған ауру бойынша, себеп салдарлары, қалай басталатындығы, оның ерте және негізгі белгілері туралы, оған тағайындалатын тиісті ем нәтижесінің ісіктің даму сатысына тікелей байланыстылығын айқындайтын жалпы ақпараттың аз болуы.
3. Мемлекетіміздегі тұрғындардың көбісі ауылдық жерге орналасқандығын ескерсек, ондай ақпараттың әр әйелге жете бермейтіні белгілі.
4. Оның үстіне халқымыздың өз денсаулығына немқұрайлы қарайтындығын да ескерген жөн.

Диагнозды бастапқы сатысында қойып, тиісті емді бастаған жағдайда жатыр мойны қатерлі ісігінен 95 – 98 % толық айығып кету мүмкіндігі бар екендігін ескерген жөн[3].

Ұсыныстар:Скрининг тәсілін жандандыру.

- 1) АПВ қарсы 11 – 12 жаста вакцинациялау.
- 2) Арнайы мамандар қабылдауымен АШЫҚ ЕСІК күндерін өткізу.
- 3) Қажетті тексерулерге ауыл аймақтағы қауіп-қатерлі топтағы әйелдерді толығымен қамту.
- 4) Жатыр мойны қатерлі ісігін ерте диагностикалауды насихаттайтын ақпарат көздерін ұлғайту. Теледидарда, радиода, кездесулерде дәрістер, профилактикалық бақылаулар т.с.с ұйымдастыру.
- 5) Аймақтық жалпы тәжірибелі дәрігерлер, гинекологтар мен онкологтардың осы бағдарлама бойынша біліктілігін үнемі арттырып отыру.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Кайдарова Д.Р. Онкология // Клиническое руководство, 1,2 том. Алматы 2016 г., 465б.
2. Түркістан облысы мен Шымкент қаласы бойынша ҚОО алынған жатыр мойны қатерлі ісігінің 2007 – 2017 жылдардағы сапалы көрсеткіші.
3. А.Х.Абисатов. Клиникалық онкология// клиникалық нұсқау, 1,2 том. Алматы, 2014 жыл 480б.





ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ӨңІРІНДЕГІ БАУЫР ЦИРРОЗЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА АЗ ИНВАЗИЯЛЫҚ ОТАЛАР КЕЗІНДЕГІ ӨңЕШТІ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

Бертаев Бауыржан Лесбекұлы^{1,2}, Калдыгозова Галия Еркінбековна²

Түркістан облысының Облыстық клиникалық ауруханасы¹

Қ.Ясауи атындағы ХҚТУ²

Түйін: Мақалада науқастардың аутопсиялық материалдарын қолдана отырып, өңеш қабырғасының морфологиялық құрылысын зерттеу нәтижелерінің сараптамасы ұсынылған. Бауыр циррозымен ауыратын науқастарды емдеудегі миниинвазивті шаралардың тиімділігі анықталды. Зерттеу нәтижелері сонымен қатар портальды гипертензия синдромы бар бауыр циррозы кезінде геморрагиялық синдромның алдын алу және емдеу мақсатында эндоскопиялық склеротерапия әдісін қолдауды морфопатогенетикалық негіздеуге мүмкіндік берді.

Кілт сөздер: бауыр циррозы, морфологиялық құрылыс, аутопсиялық материал, эндоскопиялық склеротерапия

Кіріспе. Бауыр циррозының (ЦК) ең ауыр асқынуы өңештің варикозды кеңеюімен және асқазанның кардиясымен және қан кетумен жүретін порталдық гипертензия синдромының пайда болуы болып табылады [3]. Өңештің варикозды кеңеюі циррозы бар науқастардың 25-94,2% -ында анықталады [2,6], алғашқы қан кету кезіндегі өлім 50-80% жетеді [1,4]. Эндоскопиялық әдістерді жетілдіру эндоскопиялық склеротерапияны (ЭС) қолдану арқылы циррозы бар науқастарда қан кетуді емдеу мүмкіндіктерін кеңейтуге мүмкіндік берді [5]. Әдебиеттерде ЭС-ке екіұшты көзқарас бар, ол өңеш-асқазан коллекторының варикозды веналарының даму патогенезі туралы әртүрлі көзқарастармен түсіндіріледі.

Мақсаты. Бұл зерттеудің мақсаты бауыр циррозындағы портал генезінің геморрагиялық синдромын емдеуде және алдын алуда ЭС қолданудың морфопатогенетикалық негіздемесі мен зерттеу негізінде аз инвазивті араласулардың мүмкіндіктерін бағалау болды.

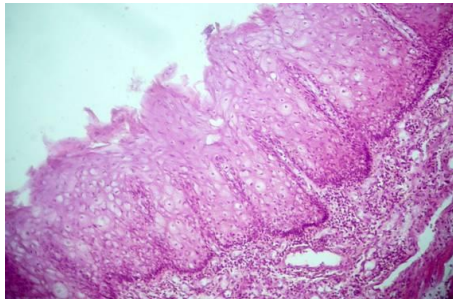
Мәліметтер мен зерттеу әдістері. Бұл зерттеу пациенттердің аутопсия материалы бойынша өңеш қабырғасының морфологиялық құрылымын зерттеу нәтижелерін талдау нәтижесінде алынған материалдарға негізделген. Морфологию стенки пищевода мы изучали на 56 секциях умерших больных, из них: 22 – циррозом печени, 9 – умершие больные, ранее подвергнутые ЭС. Бұл ретте өңеште өзгерістерге әкеліп соқтырған бауыр циррозының және басқа мүшелердің патологиясының клиникалық-морфологиялық белгілері жоқ 25 науқас бақылау тобын құрады. Аутопсия кезінде өңеш оқшауланған және асқазанның кардиясымен бір блокта кесілген және түзетілген түрде 10% буферлі формалин ерітіндісінде бекітілген, органның люмені толтырылған. Дөңгелек және бойлық кесінділермен бекітілгеннен кейін фрагменттер гистологиялық зерттеуге дайындалды. Өңеш қабырғасының әртүрлі бөліктері қаралды. Кептіруден кейін биопсия парафинге салынды, содан кейін қалыңдығы 7-8 мкм-ге дейінгі кесектерді дайындады және гематоксилин-эозинмен бояды. Алынған фрагменттерге жалпы гистологиялық және морфометриялық зерттеулер жүргізілді. Материал Nikon бинокулярлы микроскопының (Жапония) көмегімен қаралды және суретке түсірілді.

Нәтижелер және оны талқылау. Науқастардың бақылау тобында морфологиялық материалды зерттеу кезінде өңештің қабырғасы келесі қабаттармен ұсынылған: шырышты қабық, шырышты қабық асты, бұлшықет қабығы және адвентиция.

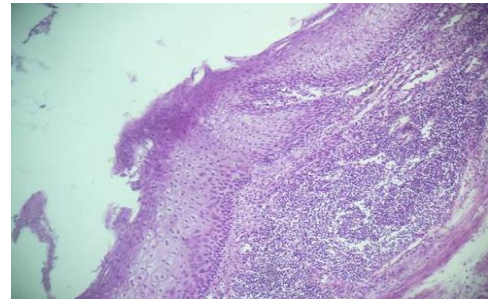




Шырышты қабық эпителийден, өзіндік және бұлшықет тақталарынан тұрады. Өңеш стратифицирленген жалпақ, кератинсіз эпителиймен қапталған. Морфометрия бойынша орташа қалыңдығы 262 ± 46 мкм. Өңештің шырышты қабатында жалпақ эпителий жасушаларының жаңаруымен үнемі десквамация процестері жүреді (1-сурет).



1-сурет. шырышты қабық өңеш қалыпты. Дистрофия тегіс кератинизацияланбайтын эпителий. Гематоксилин-эозин $\times 125$ ұлғайтылған



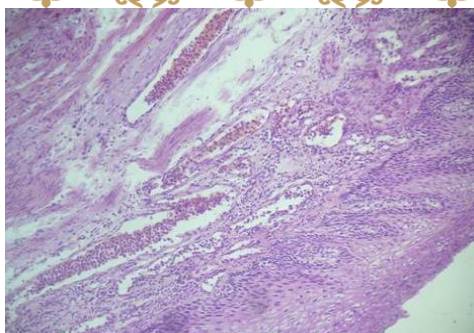
2-сурет. Шырышты қабықтың десквамациясы. Бауыр циррозында шырышты қабаттың қабыну инфильтрациясы. Гематоксилин-эозин. $\times 125$ ұлғайтылған

Ламиналық проприя борпылдақ дәнекер тінінің жұқа қабатымен ұсынылған. Өңештің асқазанның кардиальды бөлігіне өту аймағында эпителий жамылғысының астында орналасқан көптеген ұсақ калибрлі веноздық тамырлар бар. Шырышты қабықтың бұлшықет тақтасы тегіс бұлшықет жасушаларының жинақталуымен ұсынылған, олардың саны өңештің дистальды бөліктерінде максималды түрде көрінеді. Субмукоза борпылдақ дәнекер тінімен ұсынылған, онда веноздық типтегі тамырлар, нервтер және өңештің өз бездері орналасқан. Шырышты қабаттың қалыңдығы 606-дан 488 мкм-ге дейін ауытқиды. Бұлшық ет қабаты жолақты және тегіс бұлшықеттерден тұрады. Бұлшықет қабаты шырышты қабық асты плексусын бұлшықет аралық және адвентициялық тамырлармен байланыстыратын кішкентай перфорацияланған тамырлармен енеді. Адвентиция борпылдақ дәнекер тіндік мембранамен ұсынылған, онда серпімді және коллаген талшықтары көрінеді. Циррозбен 22 өңеш тексерілді. Сонымен қатар барлық жағдайларда өңеш қабырғасының қалыңдауы және жұқаруы, оның біршама ұзаруы байқалды. Шырышты қабаты күрт жұқарған, мыжылған, шырышты қабық асты веналарының рельефі айқын.

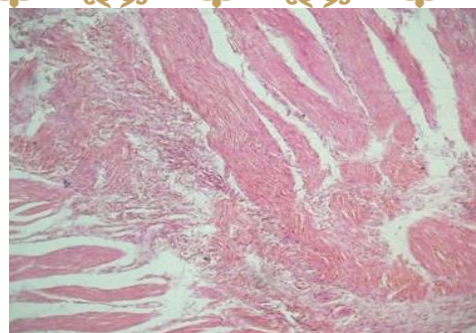
Сондай-ақ өңештік қан кетумен асқынған сызаттар, жаралар және жыртықтардың пайда болуымен қабық эпителийінің айқын десквамациясы байқалады (2-сурет). Шырышты қабаты орташа талшықты, интерстициальды ісіну және қабыну инфильтрациясы бар (3-сурет).

Бұлшық ет қабығы - бұлшықет талшықтарының атрофиясы, олардың талшықты тінмен ауыстырылуы. Ісіну және мол веноздық васкуляризация байқалады. Бұлшықет қабықшасының және адвентицияның тамыр жүйесі люменнің төмендеуімен склерозға ұшырайды. Адвентициалды қабықшада ісіну және фиброз процестері де анықталды, онда да жалғыз үлкен веноздық діңдер табылды.





3-сурет. Шырышты қабат орташа фиброзды қабыну инфильтратының интерстициальды ісінуі бауыр циррозында. гематоксилин-эозин. x125 ұлғайтылған



4-сурет. Бұлшық ет талшықтарының атрофиясы. Склеротерапиядан кейін талшықты тіндерді ауыстыру жарайды. гематоксилин-эозин. x125 ұлғайтылған

Цирроз кезіндегі ЭС-тен кейінгі өңештің морфологиялық құрылымы ЭС-тен кейін 10 күннен 2 жылға дейін қайтыс болған 9 науқаста зерттелді. Қолайсыз нәтиженің себептері прогрессивті бауыр жеткіліксіздігі, рефрактерлік асциттің дамуы болды. ЭС-тен кейін барлық жағдайда шырышты қабықтың рельефінің біршама тегістелуімен өңеш қабырғасының айқын қалыңдауы байқалады. ES-ден кейін тегіс бұлшықет элементтерінің атрофиясы немесе жоғалуы орын алады, олар іс жүзінде ерекшеленбейді және шырышты қабықтың дұрыс және бұлшықет тақталарының талшықты тінімен ауыстырылады. Ұсақ веноздық тамырлардың саны мен диаметрінің азаюы байқалады, кей жерлерде қаңырап қалған күйде.

Сонымен қатар эпителий қабатының қалыңдығы ЭС жүргізілмеген бауыр циррозындағы бірдей көрсеткіштен айтарлықтай асып түседі. Эпителий қабатының орташа қалыңдығы морфометрия бойынша 128-ден 56 мкм-ге дейін өзгерді. ЭС-тен кейінгі айқын өзгерістер веноздық тамырлар серпімді жолақтар түрінде көрінетін шырышты қабық асты және бұлшықет мембраналарында байқалды. Сонымен қатар, құрылымдық архитектураның бұзылуы фоннда талшықты тіннің болуы басым компонент болып табылады. Субмукозды веноздық тамырлардың шоғырларында бірігу бар. Склерозанды енгізудің паравазальды әдісімен тамырдың люменінің тромбозы, содан кейін тромбоздық массалар мен фиброздың ұйымдастырылуы байқалады. Веноздық тамырлардың қабырғасы біркелкі емес қалыңдығымен және қалыңдауға бейімділігімен. Венозды тамырдың қабырғасының шекарасын анықтау қиын, кейбір жерлерде оның айналасындағы талшықты тінмен толық қосылуы байқалады. Атрофия пайда болады, талшықты тінге ауыса отырып, тегіс бұлшықет талшықтары шоғырлары фрагментацияланады (4-сурет). Бұлшықет тінінің жағынан да талшықтар арасында дәнекер тін элементтерінің шамадан тыс өсуі байқалады, нәтижесінде шырышты қабық пен бұлшықетті қабықшалар арасында айқын шекара болмайды. Шырышты қабықты адвентициямен байланыстыратын коммуникациялық веналар санының азаюы және бұлшықет аралық инфильтраттардың болуымен бұлшықет шоғырларының жиі бөліну аймақтары. Бауыр циррозында және аз инвазивті араласудан кейінгі өңеш қабырғасының морфометрия деректерін салыстырмалы бағалау 1-кестеде келтірілген.

Кесте 1 Бауыр циррозында және аз инвазивті араласулардан кейінгі өңеш қабырғасының морфометрия деректерін салыстырмалы бағалау (мкм деректер)

Қабырға қабықтары	Бауыр циррозы (22)	ЕСТ кейін (9)	Бақылау тобы (25)
Эпителиальді	59±17	92±36	262±46
Шырышасты	971±43	678±37	547±59
Бұлшықетті	1089±112	798±56	1718±143
Адвентициальді	398±53	354±48	387±69





Кестеден көрініп тұрғандай, порталдық гипертензиямен циррозбен шырышты қабаттың атрофиясы және жұқаруы, оның қалыңдығының төмендеуі байқалады. Бұл жағдайда процестің одан әрі шиеленісуі эрозия немесе жаралардың пайда болуымен шырышты қабатта ақаулардың пайда болуын тудыруы мүмкін. Циррозда өңештің шырышты қабаты интерстициальды ісіну белгілерімен, қабыну инфильтрациясымен және орташа талшықты тінмен ауыстырылады. Бұлшық ет талшығының атрофиясы және талшықты тінмен алмастыру процестеріне байланысты бұлшықет қабатының орташа қалыңдығы азаяды. ЕС кейін талшықты тінмен алмастырылған склеротикалық процестер өңеш қабырғасының барлық қабаттарында шырышты қабық асты және бұлшықет қабаттарында ең ауырлығы байқалды, бұл морфометрия деректері бойынша осы қабаттардың қалыңдығының төмендеуі түрінде байқалды.

Қорытынды.

1. Порталды гипертензиясы бар бауыр циррозында өңеш қабырғасының морфологиялық ерекшеліктері шырышты қабаттың атрофиясы және жұқаруы, эрозиялық процестің пайда болуымен эпителийдің айқын десквамациясымен сипатталады. Склероздық процестердің дамуы және талшықты тінмен ауыстыру субмукозды және бұлшықет қабаттарында айқын көрінеді.
2. Бауыр циррозында веноздық жүйеде тоқырау процестерінің және тіндік гипоксияның пайда болуы шырышты қабықтың регенеративті потенциалының төмендеуіне және оның репаративті қабілетінің нашарлауына әкеледі. Жоғарыда аталған факторлардың жиынтығы геморрагиялық синдромның даму қаупін айтарлықтай арттырады.
3. Ұзақ мерзімді кезеңде ЭС кейінгі морфологиялық өзгерістер өңештің варикозды веналарының тұрақты тромбозына, шырышты қабық асты және бұлшықетті веналардың санының күрт төмендеуіне және калибрінің төмендеуіне дейін төмендейді. Бұл өзгерістердің ауырлығы варикозды веналардың дамуының болжамын, қан кетудің жиілігі мен қайталану ықтималдығын анықтайды. Барлық қабаттарда талшықты тінмен алмастырылған склеротикалық процестің дамуы субмукозды және бұлшықет қабаттарында ең ауырлықпен байқалды, бұл өңеш қабырғасының құраушы құрылымдарының параметрлерінің төмендеуі түріндегі морфометриялық деректермен расталады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Батвинков Н.И. О тактике хирурга при массивном кровотечении из гастроэзофагеальных вен. Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности). – М., 1984. 38-39б.
2. Байбеков И.М. и др. Функциональная морфология пищевода, желудка и печени при циррозе, холестазе и лазеротерапии. – Т., 1995. 240б.
3. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т.12. – №2. 8-15б.
4. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Мансуров А.А. Тактика лечения кровотечения из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – №3. 81-83б.
5. Нартайлаков М.А., Мингазов Р.С., Курбангулов И.Р., Зарипов Ш.А., Сатаева Н.М., Латыпова Г.Р., Трофимова Л.В. Комплексный подход к лечению и профилактике пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией. Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т.10. – №2. 84б.
6. Сакс Ф.Ф., Медведев М.А. и др. Функциональная морфология пищевода. М., Медицина, 1987.





СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СКРИНИНГІ

Бертаев Бауыржан Лесбекұлы^{1,2}, Калдыгозова Галия Еркінбековна²

Түркістан облысының Облыстық клиникалық ауруханасы¹

Қ.Ясауи атындағы ХҚТУ²

Түйін: Сүт безінің қатерлі ісігі (СБҚІ) қазіргі таңда ең жиі таралған ісік болып отыр және бүкіл әлемде әйелдердің онкологиялық өлім-жітімінің негізгі себебі болып табылады. Бұл аурудың этиологиясын түсінуді жетілдіруге, жаңа алдын-алу стратегиясын жасауға, диагностикалау мен емдеудің тиімділігін арттыруға одан әрі күш салуды талап етеді. Сүт безі қатерлі ісігінің себептері туралы және оны ауру мен өлім-жітімдегі өзгерістерге қалай әсер ететіні туралы біз білеміз. Бұл мақалада сүт безі қатерлі ісігінің эпидемиологиясы және қауіп төмендету стратегиясы талқыланады. Сүт безі қатерлі ісігінің эпидемиологиясын түсіну дәрігерлерге тиімді скрининг және жоғары қауіп тобындағы науқастарды анықтауға көмектеседі.

Кілт сөздер: Сүт безінің қатерлі ісігі, аурушаңдық, алдын алу, скрининг.

Жұмыстың мақсаты. Сүт безі обырына қарсы күресте, ісіктерді ерте сатысында анықтау, емдеудің жалпы көлемін, өлім-жітімді азайтатын, өмірлік маңызды және негізгі фактор болып қала береді. Сүт безі обырында 5 жылдық өмір сүру деңгейі аурудың сатысымен тікелей байланысты, қазіргі уақытта локализацияланған формалар үшін 98%, лимфа түйіндерінің зақымдануы үшін 84% және алыстағы метастаздар үшін 27% жетеді. Ерте анықтау тактикасы елдерде айтарлықтай ерекшеленеді. Ерте анықтаудың екі әдісі бар: 1) сүт безі обырының ерте белгілері мен симптомдары туралы халықтың хабардар болуын қамтамасыз ету және дені сау әйелдерді емдеу мекемелерінің мамандарымен жүйелі түрде клиникалық тексеруден өткізу; 2) скринингті ұйымдастыру[1].

Зерттеу материалдары мен әдістері. Скрининг - көрінетін белгілері жоқ популяцияларды тексеру. Оның мақсаты – қатерлі ісік ауруын тудыратын патологиясы бар адамдарды әрі қарай тексеруге немесе емдеуге жылдам жіберу үшін анықтау, яғни науқасты емдеуге болатын қатерлі ісік ауруын ерте кезеңде анықтау, осылайша өлімді азайту. Скринингтің негізгі шарттары оқытылған мамандардың болуы және зерттелетін белгіні анықтауға және нәтижелерді бағалауға стандартты тәсілдеме болып табылады.

Қолданылатын әдістер жеткілікті қарапайым, сенімді және қайталанатын болуы керек. Олардың жеткілікті сезімталдығы мен жоғары ерекшелігі болуы қажет. Қатерлі ісіктерді дер кезінде диагностикалау мәселесін зерттеу скринингтік бағдарламаларды әзірлеудің өзекті қажеттілігін көрсетті. Скринингтің негізгі міндеті – жоғары сезімталдықты қамтамасыз ету, яғни ең аз жағдайларда қатерлі ісік ауруын жіберіп алу (жалған теріс нәтижелердің санын азайту) және жоғары ерекшелікті қамтамасыз ету – ауруы жоқ адамдардың ең аз санын одан әрі қарай жіберу (жалған оң нәтижелердің санын азайту үшін).

Қатерлі ісіктің екіншілік профилактикасы немесе скрининг, ауруды ертерек анықтау үшін тексерулерді қамтиды, яғни науқастардың өздері симптомдар мен белгілердің пайда болып, медициналық көмекке жүгінгенге дейін. Ауруды ерте анықтаудың құндылығы мынада: қатерлі ісік ауруын жергілікті және емделетін кезеңде анықтауға болады. Теориялық тұрғыдан сүт безі обыры бар науқастарды анықтау үшін жаппай скринингке негізінен ауру белгілері немесе белгілері жоқ сау әйелдер қатысуы керек. Скрининг емдеуге болатын қатерлі ісіктің жасырын түрлерін анықтауға көмектесіп қана қоймай, әйелдер үшін психологиялық мәні бар.





Скрининг нәтижесінде әйелдер сүт безі қатерлі ісігімен ауырмайтынына сенімді және бұл осындай бағдарламалардың ең маңызды әлеуетті жетістігі болып табылады. Өртүрлі ағзалардың қатерлі ісіктерінің жаңадан анықталған барлық жағдайларының ішінде әрбір оныншы жағдай сүт безінде болатыны анықталды. Қатерлі ісік диагнозы қойылған әрбір төртінші әйел сүт безі қатерлі ісігімен ауырады.

Скрининг компоненттері жас пен қауіпке байланысты және пациенттің шағымдары мен клиникалық тексеру деректерін ескере отырып, жалпы клиникалық бағалауды, тәуекелді бағалауды, скринингтік маммографияны қамтуы мүмкін. Бірқатар елдерде маммографиялық скринингтің кеңінен қолданылуы жойылған сүт безінің қатерсіз және қатерлі ісіктерінің арақатынасын өзгертті. Скринингтің негізгі тұжырымдамасы - ауруды ерте анықтау, әрі қарай емдеу оның болжамын және одан әрі клиникалық ағымын өзгертеді. Скринингтің түпкі мақсаты сүт безі қатерлі ісігінен өлім-жітімді азайту болса, оның тікелей мақсаты қатерлі ісіктің клиникалық көрінісіне дейін анықтау болып табылады.

Дегенмен, сүт безі қатерлі ісігі скринингтің тиімділігіне айтарлықтай әсер етуі мүмкін гетерогенді көп қырлы ауру болып табылады. Сүт безі қатерлі ісігінің скринингтік үлгілері әдетте анықталған ісіктердің көпшілігі прогрессияның ерте сатысында инвазивті ісік болып табылатындығына негізделген. Сонымен қатар, қатерлі ісіктің (немесе оның прекурсорларының) клиникалық көрінісіне дейін анықталуы жалған оң диагноз қою қаупін арттыратынын ескеру қажет. Скрининг төмен дәрежелі микрофокустардан бастап сүт безінің үлкен инвазивті ісіктеріне дейінгі кең ауқымды ісіктерді анықтайды. Қатерлі ісіктерді *in situ* анықтау жоғары дәрежелі инвазиялық қатерлі ісіктің дамуын болдырмайды деп күтілуде. Көптеген төмен дәрежелі инвазивті сүт безі обыры скрининг кезінде анықталғаны белгілі [2].

Маммографияның сезімталдығы 95% және ерекшелігі 97%. Бұл көрсеткіштер сүт бездері тығыздық әйелдерді (жас жас, гормондық терапияны қолдану), маммографияның сапасы төмен, сондай-ақ рентгенологтың біліктілігі жеткіліксіз болған кезде төмендейді. Қосымша зерттеуді қажет ететін скринингтік маммограммалардың (диагностикалық маммография, ультрадыбыстық) оң болжамды мәні 20%-ға дейін, ал биопсияны қажет ететін диагностикалық маммография 80%-ды құрайды. Клиникалық тексеру (пальпация) арқылы ісік әлі анықталмаған кезде скрининг арқылы жоғары дәрежелі инвазиялық қатерлі ісіктерді анықтау сүт безі қатерлі ісігінен болатын өлім-жітімді азайту мүмкіндігін білдіреді.

Сүт безі обыры нысандарының көпшілігін құрайтын түтіктік карциномалар скринингтің ықтимал тиімділігін көрсететін уақытқа тәуелді болжамды факторлармен (ісік мөлшері, аймақтық лимфа түйіндерінің жағдайы) сипатталатынын білу қажет (мысалы, ісіктің минималды мөлшері және аймақтық метастаздардың болмауы). Лобулярлы ісіктер немесе аралас ісіктер әдетте маммографиялық жолмен анықталған кезде лимфа түйіндерінің жиі тартылуымен үлкенірек болады. Сүт безінің инвазиялық қатерлі ісігі – түтіктің немесе лобулярның эпителий қабығының базальді қабығына енетін қатерлі ісік. Бұл жағдайда аурудың болжамы екі компоненттен тұрады.

Бірінші компонент - процестің сатысы (ісік мөлшері, аймақтық немесе алыс метастаздардың болуы), екіншісі - ісіктің гистологиялық түрі, қатерлі ісік дәрежесі, гормондық рецепторлардың экспрессиясы, өсу факторлары және басқа молекулалық сипаттамалар. Бұл белгілердің ішінде ісіктің мөлшері, гистологиялық түрі, қатерлі ісік дәрежесі, тамырлардың инвазиясы, аймақтық лимфа түйіндерінің жағдайы аурудың нәтижесіне тікелей байланысты.





Сүт безі қатерлі ісігінің скринингі бойынша ресми ұсыныстар American college of radiology, National cancer institute, American cancer society and other: екі жақты маммография: 40 жасқа дейін – көрсеткіштер бойынша; 40-49 жас – жыл сайын, міндетті түрде емхана дәрігерінің тексеруі; 50 және одан да көп – жыл сайын, міндетті түрде емхана дәрігерінің тексеруі; BRCA отбасы гендерін тасымалдаумен скрининг 20 жастан басталады [3,4]. Сүт безін өзін-өзі тексеру: менопауза алдындағы әйелдер - етеккір циклінің 5-7 күні; постменопауза - айдың белгілі бір күні. Маммологтың қарауы: жасы 20-40 жас – 3 жылда бір рет тексеру; 40 жастан кейінгі жас – көрсеткіштері бойынша 2 жылда 1 рет немесе жыл сайын [4].

Зерттеу нәтижелері. Бастапқы ісіктің мөлшерін анықтау скринингте ерекше маңызды. Ісік мөлшері скрининг сапасын бағалаудың және рентгендік маммографияның пальпацияланбайтын ісіктерді анықтау қабілетін анықтаудың маңызды критерийі болып табылады. Сондықтан патоморфологтардың ісік диаметрін мүмкіндігінше дәл өлшеуі өте маңызды. Бастапқы ісік мөлшері неғұрлым аз болса, оның мөлшерін анықтауда қателік ықтималдығы соғұрлым жоғары болады.

Қорытынды. Скринингтің жоғары тиімділігін қамтамасыз ету үшін медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру қажет. Бағдарлама академиялық және клиникалық компоненттерден тұруы керек. Теориялық курс сүт безі обырын ерте анықтаудың барлық аспектілері бойынша білім мен түсінік беруге арналған және лекциялардан, оқу бағдарламаларынан, демонстрациялардан және практикалық жаттығулардан тұруы керек. Мазмұнда сүт безінің анатомиясы мен физиологиясы, патологиялық анатомиясы, эпидемиологиялық және рентгенопатологиялық аспектілері, техникалық қамтамасыз ету, сүт безі обырының диагностикасы, емдеу әдісін таңдау, сондай-ақ сүт безі обырының маммографиялық скринингін ұйымдастыру мәселелері қамтылуы тиіс. Дәрігер рентгенолог сүт безі обырын диагностикалаудағы мультидисциплинарлық тәсілдің құндылығын толық білуі керек.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Аксель Е.М. Статистика рака молочной железы// Акту-альные аспекты клинической маммологии / под ред. Е.Б. Кампо-вой-Полевой, С.М. Портного. М.: Авторская академия, 2014. 12-17б.
2. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. 224б.
3. Rebbeck T.R., Kauff N.D., Domchek S.M. Meta-analysis of risk reduction estimates associated with risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers // J. Natl. Cancer Inst. 2009. V. 101. 80-87б.
4. Domchek S.M., Friebel T.M., Singer C.F. et al. Association of riskreducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality // JAMA. 2010. V. 304 (9). 967-975б.





ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ӨНІРІНДЕГІ СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ 2013-2017 ЖЫЛДАРДАҒЫ РЕТРОСПЕКТИВТІ АНАЛИЗІ

Бертаев Бауыржан Лесбекұлы^{1,2}, Калдыгозова Галия Еркінбековна²

Түркістан облысының Облыстық клиникалық ауруханасы¹

Қ.Ясауи атындағы ХҚТУ²

Түйін: Мақалада оңтүстік қазақстан облыстық онкологиялық диспансерінде сүт безі обырымен ем қабылдаған науқастар бойынша 2013-2017 жылдардағы статистикалық мәліметтер берілген. Жалпы науқас санының динамикасымен қатар олардың өміршеңдігі, 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші, бір жылдық өлім мен жалпы өлім деңгейі берілген. Зерттеу нәтижелері ОҚО бойынша сүт безі обырымен ауратын науқастар санының жыл санап артып отырғанын көрсетеді. Алғаш анықталған жағдайдың өзі 5 жыл ішінде 306 дан 2013 ж, 420 ға 2017 жыл артқан. Осы сияқты өлім деңгейі де сәйкесінше жоғарылаған. Бір жылдық өлім 25 болып бір деңгейде сақталса, жалпы өлім көрсеткіші 88 ден 130 ға көтерілген. Облыс бойынша сүт безі обыры жиілігі артқанымен, оның ерте анықталу көрсеткіші жақсы деңгейде 2013 ж 81,3% дан 2017 ; 90.9% жеткен.

Кілт сөздер: сүт безі обыры, ісік даму сатысы, болжам, пациент, ретроспективті анализ, өміршеңдік.

Өзектілігі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша қазіргі таңда жыл сайын 1,4 млн жуық әйелде сүт безі обыры алғаш рет тіркеліп, 460 мыңнан астамы осы ауру себебінен өлім құшады екен[1].

Ресей онкологтарының мәліметі де осыған ұқсас аурушандық бойынша әйелдер арасында сүт безі обыры 1 орында (20%) өлім деңгейі де алдыңғы қатарда (17,3%) екендігін айтқан[2,3].

Колядина И.В. Сүт безі обырына радиакальды мастэктомия жасалғаннан кейінгі жергілікті рецидивтің 80-90% алғашқы 5 жылдықта дамитындығын ал 30% ға жуық жағдайда жергілікті асқыну, алыс метастазданудың салдарынан болатынын айтқан[4].

ҚазОжР ҒЗИ ның 2012 жылғы берлімі бойынша сүт безі обыры жиілігі әйелдер арасында республика бойынша өткен ғасырдың 90 жылдарынан бастап 1 орында болса, 2011 жылдан бастап жалпы онкологиялық аурулар арасында да алдыңғы орынға шықты[5].

Әдеби берілімдер бойынша сүт безі обырына радикалды мастэктомия жасалғаннан кейін жергілікті рецидив беру жиілігі көп емес 1,2%[3].

РМЭ кейінгі жергілдікті рецидивтер негізінен оперативті жолмен емделеді. Оның бірнеше көрсетпелері бар.

Лимфа түйіндерінің сау болуы (ісікпен зардапталмауы)

Рецидивті ісіктің инвазиялық сипаты болмауы

Рецидивтің пайда болғанына 2 жылдан асса

Рецидивті ісік көлемі 2 см дейін болса онда жай резекция ұсынылады.

Егер ісік көлемі 2 см артық және алдында сәулелік ем қабылдаған болса онда қайта мастэктомия тағайындалады[6].

Жұмыс мақсаты: Оңтүстік Қазақстан өңірінің тұрғындары арасындағы сүт безі обырымен ауырып оперативті ем қабылдаған аурулар арасында ретроспективті тексерулер жүргізіп, олардың этникалық, жас айырмашылықтары бойынша және ісіктің орналасқан жері мен даму сатысына қарай сараптамалар жүргізу.





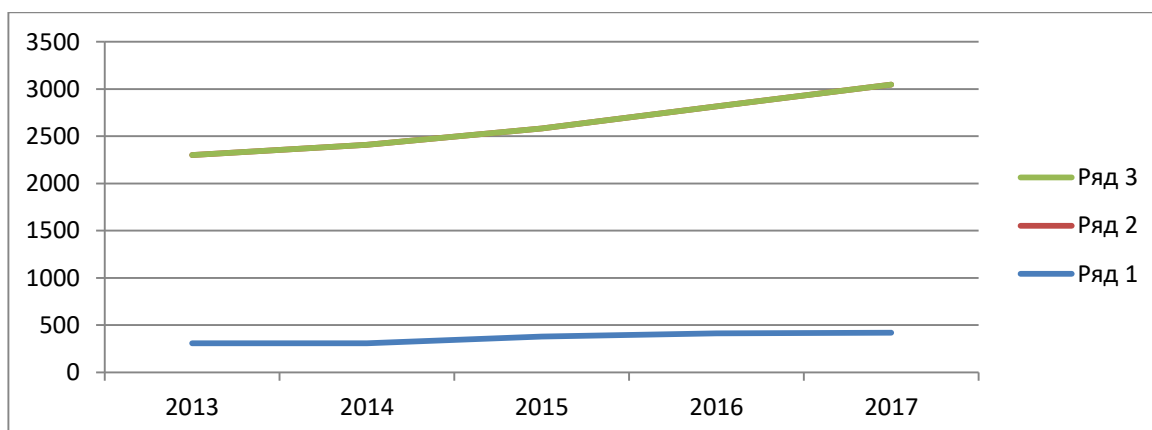
Жұмыс материалдары мен тәсілдері: Жұмыстың негізгі өзегі ретінде Түркістан облысының онкологиялық диспансерінде 2013-2017 жылдары оперативті ем қабылдаған науқастар алынды. Олардың жалпы саны, ісіктің даму сатысы, емнен кейінгі 5 жылдық өміршеңдік, 1 жылдық және жалпы өлім деңгейі анықталды.

Нәтижелері.

Кесте 1. Сүт безі обырымен ем қабылдаған науқастардың 5 жылдық динамикалық көрсеткіші

№	Жыл	1 жыл д Тірк елге ндер	Даму сатысы						Бір жы лды қ өлі м	Өлім көрс еткі ші	«Д» есепт егіле р	5-жыл өміршеңдік	
			I-II	%	III	%	IV	%				Абс. чис	В%
1	2013	306	249	81,3	43	14,2	14	4,5	25	88	1994	857	42,9
2	2014	308	255	82,7	27	8,9	26	8,4	25	147	2102	949	45,1
3	2015	378	345	91,2	20	5,2	13	3,6	28	134	2204	1265	57,3
4	2016	413	360	87,6	33	7,9	17	4,5	20	124	2402	1116	46,4
5	2017	420	382	90,9	22	5,3	16	3,8	25	130	2626	1214	46,2

Кестеге назар аударар болсақ Оңтүстік Қазақстан өңірінде сүт безі обыры жиілігі жыл өткен сайын артып келе жатқандығын көреміз. Қатерлі ісік бойынша алғаш тіркелгендер саны 2013 ж 360 науқас болса бұл көрсеткіш 2017 ж 420 ға (27 % астам адамға) артқан. Осы сияқты «Д» есепте тұратын аурулар саны да 1994 тен 2626 ға өскен. Бұл да 2013 жылғымен салыстырғанда 24% дан астам артық. Кескінде алғаш тіркелге ісіктер көк сызықпен ал «д» есепте тұратындар жасыл сызықпен белгіленген.

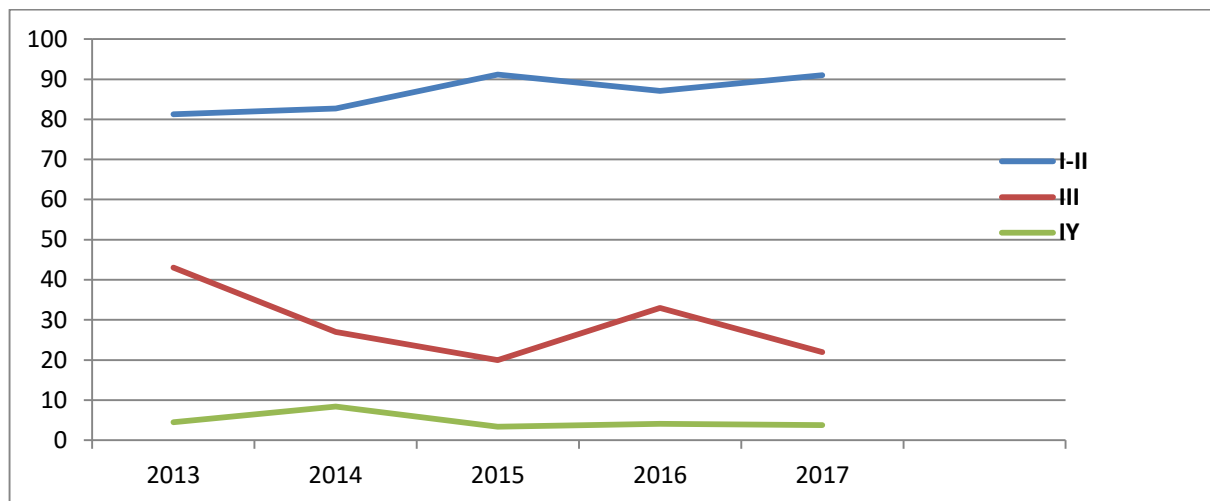


Сурет 1 Өңір бойынша сүт безі обыры жиілігі



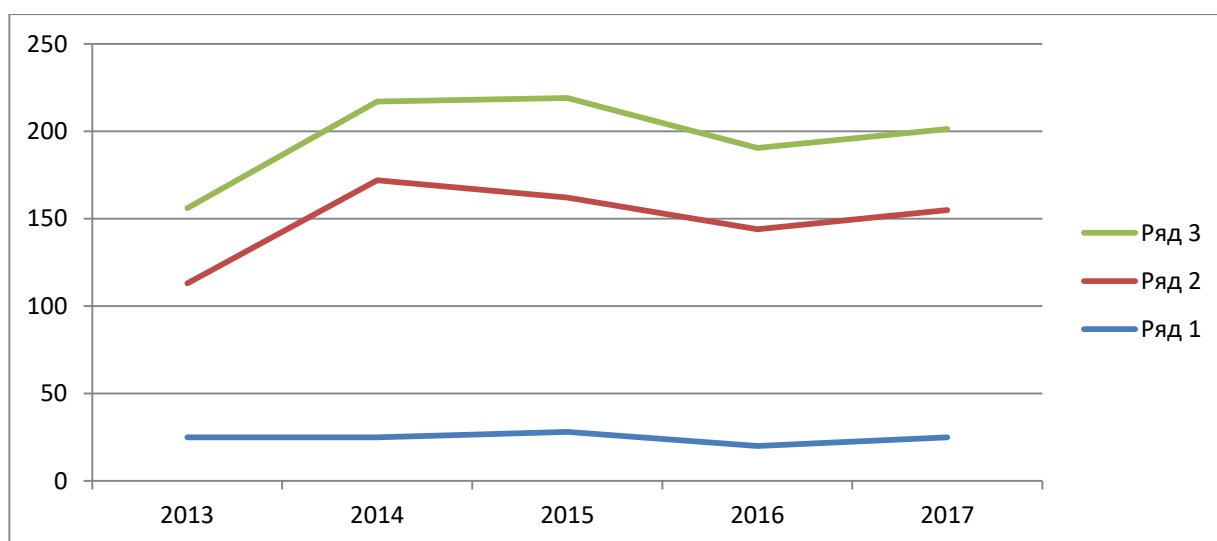


Сүт безі обыры бойынша алғаш қаралып, диагноз қойылған науқастар санын саралар болсақ, онда ісіктің бастапқы I –II даму сатыларында анықталған науқастар санының 2013 ж 249 әйел жалпы қаралғандардың 81,3% құрағанын көреміз. Осы сияқты ісікті ерте анықтау жиілігі жыл өткен сайын артып, 2017 жылы 382 ге пайызбен шаққанда 91% ға жуықтаған. Яғни ерте анықтау 5 жылда 10% ға артқан. Бұл өте жақсы көрсеткіш. Осы сияқты ауруы өтіңкіреген III сатысында анықталу көрсеткіші біршама 14,4% дан 5,2% ға төмендесе IV сатысында анықталу да сәйкесінше 4,5% дан 3,8% ға кеміп отыр. Кескінде олар тиісінше көк, қызыл және сары сызықтармен белгіленді.



Сурет 2 Ісіктің даму сатысы бойынша көрініс

Есептегі науқастардың 1 жыл ішіндегі өлім көрсеткіші 5 жылда айтарлықтай өзгеріске ұшырамаған. Кесте бойынша 2013 жылы 25 науқас 1 жыл ішінде қайтыс болса, бұл көрсеткіш аз ғана өзгеріспен, 2017 ж сол 25 науқас күйінде қалған. Жалпы тіркелген науқастар есебінен біршама 10% дан 6% ға кеміген. Ол кескінде төменгі көк сызық.



Сурет 3. Науқастарды өлім деңгейі және 5 жылдық өміршеңдік көрінісі





Науқастардың 5 жылдық өміршеңдігі де бір деңгейде. 2013 жылы пайызбен есептегенде ауырғандардың 43% 5 жылдан астам өмір сүрсе, ол көрсеткіш 2017 жылы 46,2 өскен. Берілім кескінде қызыл сызық.

Ал жалпы өлім көрсеткішіне келер болсақ онда тексеруде болған науқастардың 5 жыл ішінде өлім деңгейінің 2013 ж. 88 ден 2017 ж 130 ға біршама өскенін көреміз. Кескінде ол жасыл сызықпен берілген.

Сонымен; берілімдерді талқылай келе төмендегідей қорытынды жасауға болады: Облысымызда сүт безі обырын ерте I-II сатыларында анықтау көрсеткішінің жақсы деңгейде екендігін айтуға болады (81,3-90,9%).

аурудың кеш III- IV сатыларында анықталу жиілігі де біршама азайған оның негізгі себебі ерте анықтау үшін жасалып жатқан скринингтік бағдарламаның тиімділігі деп айтсақ болады

сонымен қатар сүт безі обыры бойынша халық арасында жүргізіліп отырған үгіт насихат жұмыстарының да маңызы зор екендігін айтып кеткен жөн. Тұрғылықты халықтардың аталған ауруға немқұрайды қарамайтындығын көрсетеді.

ОҚО әйелдері арасындағы сүт безі обырының кездесу жиілігі жөнінен отанымыздың басқа өңірлерімен салыстырмалы түрде сирек болғанымен жыл өткен сайын біршама жиілегендігін көреміз. 100 мың тұрғынға шаққанда 2013 ж 11,5 тен 2017 ж 14,6 ға көтерілген.

Ол сүт безі обырының алдын алу жұмыстарын тұрғындар арасында әлі де жалғастыра беру керек екендігін көрсетеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. В.П. Летягин., И.В. Колядина., И.В. Высоцкая. Возможности хирургического лечения местно-рецидивирующего и осложненного рака молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. Том 11 3,15 маммология. М., 2015 306.
2. Давыдов м.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2012 г. М., 20146
3. Клиническая маммология. Под ред М.И. Давыдова, В.П. Летягина М., 2009. 3656
4. Колядина Р.В. Лечение больных с локальным и локорегионарным рецидивом молочной железы. Материалы Большой конференции RUSSCO по раку молочной железы. М., 2015. 107-116
5. Ранняя диагностика рака молочной железы на уровне первичной медико-санитарной помощи. Маммографический скрининг. Методические рекомендации Каз НИИОР Алматы-2012 66.
6. Семиглазов В.В. Органосохраняющие операции после неоадьювантной терапии рака молочной железы. Материалы Большой конференции RUSSCO по раку молочной железы. М., 2015. 103-66.





ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

Аулейсова С.К., Нурушев Т.Қ, Амангазықызы Б., Абенова А.С., Даулетханова А.Қ.,
Мәдениетбекқызы М., Тепе А.А.

Научный руководитель - Абеуова Бибигуль Амангельдиевна, д.м.н., профессор
Астана, Казахстан

Аннотация: Здоровье пациента тесно связано со степенью соблюдения медицинских рекомендаций, что обуславливает актуальность изучения и анализа причин недостаточной приверженности населения к лечебно-профилактическим мероприятиям и здоровому образу жизни. В связи с тем, что постоянно меняется структура и выявляемость заболеваний, имеются различия в зависимости от контингента пациентов, необходимо постоянно проводить исследования, которые показывают связь между приверженностью к лечению у больных с хроническими заболеваниями и их степенью информированности.

Ключевые слова: приверженность, хронические неинфекционные заболевания, лекарственная терапия, медицинские рекомендации.

Введение: На сегодняшний день несмотря на достигнутые успехи в области изучения причины, патогенеза, особенностей течения различных заболеваний, определения риска развития осложнений, выявлении наиболее эффективных и безопасных методов лечения, обоснования целей терапии, многие задачи в лечении и профилактике хронических неинфекционных болезней и их осложнений так и остаются недостижимыми, в том числе, в связи с низкой приверженностью пациентов к назначаемой терапии. В настоящее время неудовлетворительная приверженность является еще одним доказанным фактором риска при любых заболеваниях, который снижает эффективность и повышает затраты на лечение, увеличивает риск развития различных осложнений, ухудшает прогноз заболевания и жизни [1,2] Наиболее уязвимыми в отношении неудовлетворительной приверженности лечению являются пациенты с хроническими заболеваниями, протекающими малосимптомно или бессимптомно, требующими длительного, нередко, пожизненного, выполнения врачебных рекомендаций [1,3,4]. Экспертами ВОЗ определено большое число факторов, влияющих на приверженность пациента к лечению. Согласно классификации ВОЗ (2003г.), все факторы разделены на пять взаимосвязанных между собой групп: 1) факторы, связанные с пациентами; 2) факторы, связанные с медицинским персоналом и организацией системы здравоохранения; 3) факторы, связанные с проводимой терапией; 4) факторы, связанные с состоянием (заболеванием) пациента; 5) группа социально-экономических факторов [5] Другими причинами низкой приверженности лечению служат личностные и психологические особенности самих пациентов, клинические особенности заболевания, характер проводимого лечения, социально экономические факторы и особенности организации медицинской помощи в различных странах [6]. Медицинские работники должны быть внимательны к высокой распространенности низкой приверженности к лечению у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Результаты целого ряда исследований подтверждают, что низкая приверженность является одной из значимых причин снижения эффективности терапии, качества жизни пациентов, повышения затрат на лечение, увеличения риска развития различных осложнений, ухудшения прогноза заболевания и жизни [2-6].





Цель: Оценить связь между приверженностью к лекарственной терапии и степенью информированности, полом и возрастом у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Материалы и методы исследования: Проведено открытое проспективное исследование - анкетирование у 123 пациентов с хроническими заболеваниями. Анкеты заполнялись пациентами на приеме у врачей различного профиля, в т.ч. у ВОП, в городской поликлинике №10 г.Астана. Статистический анализ проводился при помощи программы SPSS версия 26.0 2019 (IBM IrelandProductDistributionLimited, Ireland). Для определения доверительного интервала (95% ДИ) была использована программа CIA (ConfidenceIntervalsAnalysisversion 2.2.) Из 180 пациентов, получающих медикаментозное лечение, объем выборки для анкетирования составил 123 человек.

В данной исследовательской работе с пациентами были соблюдены все этические принципы, предъявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (1964, 2000 – поправки). Пациенты были уведомлены, что данная анкета будет проводиться анонимно и анализ медицинской документации будут использованы в рамках данного исследования. Процесс получения информированного согласия проходил через ознакомление через документ Microsoft Word в бумажном виде в стенах ПМСП.

Результаты и обсуждение: Пациенты были распределены на три возрастных группы – от 18 до 44 лет - 22 (17,9%), с 45 до 59 лет – 59 (48%), и старше 60 лет - 42 (34,1%). Среди них мужчин – 41 (33,3%) женщин – 82 (66,7%). По уровню образования: с высшим образованием было – 28 (22,8%), со средним специальным – 72 (58,5%), со средним образованием – 23 (18,7%). Пациенты отвечали на вопрос 1) проводил ли медицинский работник беседы о профилактике хронических заболеваний – «да» в 98 случаях (79,7%); 2) проводил ли беседы о факторах риска хронических заболеваний - «да» в 99 случаях (80,5%); 3) выполнялись ли рекомендованные врачом мероприятия по коррекции факторов риска - «да» в 73 случаях (59,3%); 4) забывал ли пациент когда-нибудь принять препарат, назначенный врачом - «да» в 84 случаях (68,3%); 5) относится ли невнимательно к часам приема лекарств - «да» в 57 случаях (46,3%); 6) пропускает ли прием препаратов, если чувствуете себя хорошо - «да» в 43 случаях (35%); 6) отмечает ли улучшения в состоянии здоровья на фоне принимаемой терапии или при завершении терапии «да» в 64 случаях (52%).

С каждым пятым (20,3%) пациентом беседы о профилактике хронических заболеваний медицинскими работниками не проводились. 40,7% пациентов не выполняли рекомендованные врачом мероприятия по коррекции факторов риска хронических заболеваний. Вышеуказанные параметры, а также невнимательный прием лекарств (46,3%), самостоятельная отмена препаратов при хорошем самочувствии (35%) привело к тому, что почти половина респондентов (48%) не отмечали улучшения в состоянии здоровья на фоне или по окончании терапии.

В зависимости от пола по выполнению рекомендации врачом женщины чаще соблюдали рекомендованные врачом мероприятия по коррекции рисков (60%), в отличие от мужчин (13%) ($p \leq 0,01$).

Соответственно у женщин эффективность терапии была лучше (62%), чем у мужчин (22%) ($p \leq 0,05$).

В зависимости от возраста нами выявлено, что люди в возрасте 18-44 выполняют рекомендации врачей меньше чем, люди в возрасте старше 45 лет (16%), чем пациенты в возрасте 45-59 лет (28%) и пациенты старше 75 лет (29%).

Настораживает тот факт, что независимо от пола и возраста почти половина пациентов (41%) не соблюдают рекомендации врача (рисунок 1), что подтверждает актуальность данной темы.



Выполняете ли Вы рекомендованные врачом мероприятий по коррекции факторов риска?

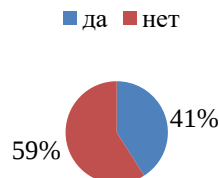


Рисунок 1

Так же почти у половины пациентов наблюдается несоблюдение правил приема лекарств, что приводит к ухудшению прогноза заболевания и их самочувствия (Рис. 2).

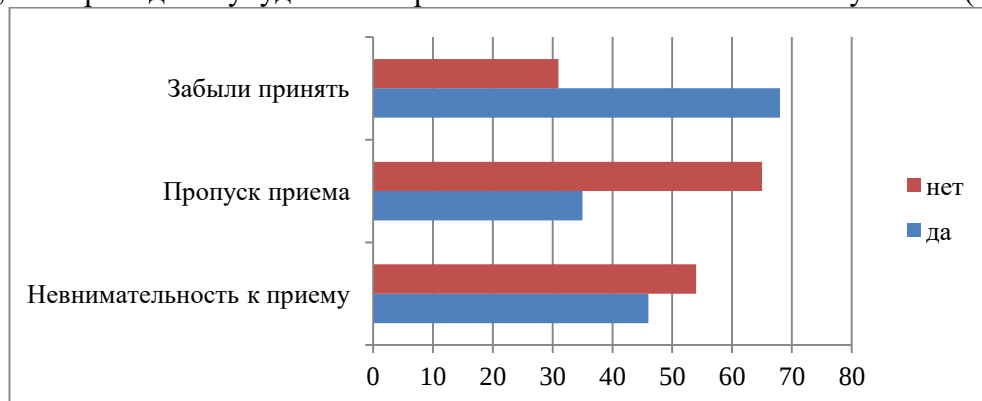


Рисунок 2

Следует отметить, что на сегодняшний день не установлен «золотой стандарт» для диагностики приверженности к лечению. Ни один из предлагаемых в практике способов не является абсолютно надежным. Существующие методы подразделяются на прямые и косвенные. Наше проведенное анкетирование и ее анализ относится к косвенным способам оценки приверженности.

Выводы: Оценка приверженности пациентов может быть основным, инструментом для выявления пациентов с риском несоблюдения режима лечения, а затем для разработки стратегий повышения ее улучшения. Настораживает тот факт, что независимо от пола и возраста почти половина пациентов не соблюдают рекомендации врача. Это приводит к заключению, что следует улучшить меры по проведению консультаций пациентам про осложнения их заболеваний и рекомендации к недопущению этого.

«Ключевая роль» в данном процессе отводится как лечащему врачу, которую обязательно нужно учитывать. Но в эффективности достижения результатов терапии должен активное действие принимать и сам пациент. Пациент должен придерживаться строгих принципов самоменеджмента и понимать ответственность перед своим здоровьем. В свою очередь, мы предлагаем помочь пациентам выработать навыки и привычки по приему лекарств, в виде использования будильников, визуального расписания, программ для смартфонов, планшетов и планшетов с таймером. Это не решит всю проблему, но поможет упростить работу над приверженностью.





ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a metaanalysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J 2013; 34: 2940-8. 3. Ho 2. PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence. Its importance in cardiovascular outcomes. Circulation 2009; 119: 3028-35
3. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Service Research, 2007; 7: 55.
4. Pruijm M, Schneider M-P, Burnier M. Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension. ESH scientific letter, 2010; 11 (7) available at www.viamedical.pl
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003; 230 pp. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en.
6. Лиходей Н. В., Калашникова М. Ф., Лиходей Е. М., Фадеев В. В. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению. Сахарный диабет. 2018; 21 (1): 5–14.

UDC 579.842.14:637.075

MONITORING OF SALMONELLA SOWING AMONG POULTRY PRODUCTS IN 2016-2022

**Berdikey M.B.¹, Makhmetova A.K.¹, Khegay O.V.¹, Rakhmetova N.B.², Asemova G.D.²,
Botbayeva M.T.², Akimbekova G.M.²**

¹Sanitary and Epidemiological Service,

"National Center of Expertise" CSEC MH RK for Astana,

²Department of Microbiology and Virology named after Sh.I. Sarbasova,
NJSC "Astana Medical University",
Astana, Kazakhstan

Annotation. One of the most common diseases transmitted through poultry meat and poultry products – salmonellosis. *Salmonella bacillus* occupies one of the first places among the causes of acute intestinal infections (AII) both throughout the world and in Kazakhstan. The Committee on Statistics of the Republic of Kazakhstan recorded an increase in the incidence of salmonellosis by 1.7 times in 2019 compared to 2018. The results of studies conducted by the Kazakh Academy of Nutrition on the assessment of *Salmonella* contamination of food products sold in the markets of the city of Almaty show that the highest frequency of *Salmonella* infection is registered among products of poultry farms (carcasses, drumsticks, liver, etc.) - 32%, followed by poultry - 25%, factory eggs - 15%.

In connection with the foregoing, microbiological control of poultry products for salmonellosis is one of the main elements of the prevention of salmonella infection in poultry farming.

Purpose of the study: to study the frequency of sowing of salmonella in poultry products in the city Astana for the period 2016-2022 and conduct laboratory surveillance of the circulation of salmonellosis pathogens.





Materials and methods. According to the reporting documentation of the Sanitary and Epidemiological Service in Astana, bacteriological, serological, statistical analyzes of 42,265 samples of food products were carried out, including 13811 samples of poultry products for the detection of salmonella for the period 2016-2022 in accordance with the requirements of TR TS 021/2011, GOST 31659-2012 and in accordance with the guidelines.

Results and discussion. During six years, 13811 samples of poultry products were examined, of which Salmonella was isolated in 93 cases (Table 1).

In 2016, by the classical bacteriological method for compliance with the norms of TR CU 021/2011, GOST 31659-2012, 2352 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 9 samples were detected with a positive result, which corresponds to 0, 3%. Of the positive samples, 6 samples are Kazakhstan products, 3 samples are imported products.

Table 1. Frequency of Salmonella sowing from poultry products for 2016-2022 $M \pm m$ according to the data of the sanitary and epidemiological service of the Branch of the Republican State Enterprise on the REM "NCE" in Astana

years	Whole poultry products		Of these, positive samples for salmonellosis	
	absolute quantity	%	absolute quantity	%
2016	2352	17.0	9	0.4 ± 0.12
2017	1605	11.6	24	1.5 ± 0.3
2018	1374	9.9	7	$0.5 \pm 0.19^*$
2019	1635	11.8	7	$0.4 \pm 0.16^*$
2020	486	3.5	1	0.2 ± 0.5
2021	532	3.9	11	2.0 ± 0.1
2022	5827	42.2	34	0.6 ± 0.02
Total	13811	100%	93	0.7 ± 0.03

Note: * $p < 0.002$ compared to 2017

In 2017, by the classical bacteriological method for compliance with the norms of TR CU 021/2011, GOST 31659-2012., 1605 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 24 samples were detected with a positive result, which corresponds to 1, 4%. Of the positive samples, 20 samples are Kazakhstani products, 4 samples are imported products. In 2018, 1374 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 7 samples were found with a positive result, which corresponds to 0.5%. Of the positive samples, 6 samples are Kazakhstani products, 1 sample is imported products.

In 2019, by the classical bacteriological method for compliance with the norms of TR CU 021/2011, GOST 31659-2012., 1635 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 7 samples were detected with a positive result, which corresponds to 0, 4%. Of the positive samples, 1 samples are Kazakhstani products, 6 samples are imported products. In 2020, 486 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 1 sample was detected with a positive result, which corresponds to 0.2%. Of the positive samples, 1 sample is a product of Kazakhstan production, no imported products with an inconsistent result were identified.

In 2021, by the classical bacteriological method for compliance with the norms of TR TS 021/2011, GOST 31659-2012, 532 samples of poultry products were examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 11 samples were detected with a positive result, which corresponds to 2, 0%. Of the positive samples, 11 samples are products of Kazakhstan production, imported products with an inconsistent result were not identified. In 2022, 5827 food samples were





examined for pathogenic flora, including salmonellosis, of which 34 samples were found with a positive result, which corresponds to 0.5%. Of those with a positive result, 30 *Salmonella* were detected in poultry products, 2 *Salmonella* in raw meat and 2 *Salmonella* in fish. All 34 positive samples were products of Kazakhstan production; no imported products with inconsistent results were found.

The table shows that the maximum proportion of positive findings for salmonellosis from poultry products falls on 2021 (2%). In 2018-2019 there is a decrease in the proportion of *Salmonella* by 3 times ($p < 0.002$) of the total number of isolated strains. In 2020, a single (0.2%) inconsistency in bacteriological tests for *Salmonella* was revealed. The percentage of sowing of poultry products contaminated with *Salmonella* is undulating, on average, the infection of poultry products for the observation period (2016-2022) is set at $0.7 \pm 0.03\%$.

The etiological structure of *Salmonella* isolated from poultry products is shown in Figure 1.

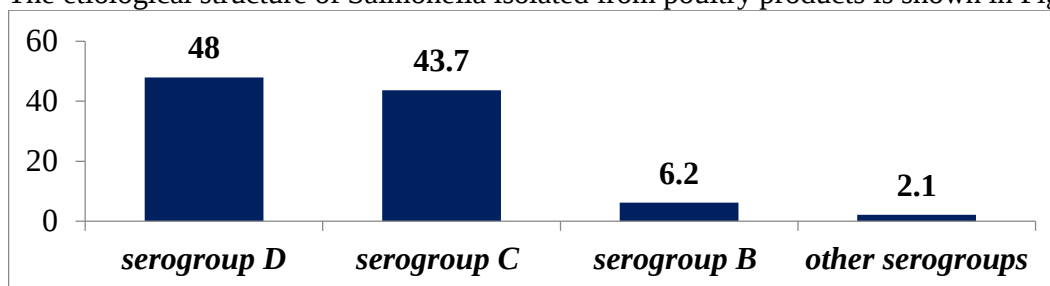


Figure 1. Serogroup composition of *S. almonella enteric a I* isolated from poultry products V 2016-2022 (%)

Based on the results of biochemical and serological identification, the predominant role in the infection of poultry products with *S. almonella enteric a I*, of which enteritidis dominates v. Jena serogroups D (48%), serogroup C (43.7%), followed by representatives of serogroup B (6.25%) and *S. almonella enteric a I arizonae* (2.1%). About the prevalence of *Salmonella enteritidis* in poultry products around the world is also evidenced by literature data, so in the CIS countries over the past 15 years, the incidence of salmonellosis in humans and birds has increased 7 times. Thus, during the study period, salmonella group D (*Salmonella enteritidis*), there is also an increase in the proportion of salmonellosis group C. The bacteriological studies carried out confirm the widespread distribution of *Salmonella enteritidis* among poultry products. Based on the dynamics of *Salmonella* sowing from poultry products, the following conclusions can be drawn:

1. *Salmonella* group D (*Salmonella enteritidis*), followed by group B salmonella.
2. Over the past 6 years, as a result of monitoring the sowing rate of 13811 samples from poultry products, 93 positive samples of *Salmonella* rods were isolated.
3. The dynamics of *Salmonella* inoculation from poultry products is given as a clear example of the need for constant microbiological monitoring of poultry products.

LITERATURE USED:

1. Rozhdestvenskaya T.N., Yakovlev S.S., Kononenko E.V. Prevention of salmonellosis in birds. // Vetpharma / Farm Animals №1 IX 2012.
2. Chugunova E.O., Tatarnikova N.A., Prokhorova T.S. et al. *Salmonella* contamination of poultry products // Modern problems of science and education. -2014.-№6
3. Order No. 126 dated March 27, 2018 Sanitary rules "Sanitary and epidemiological requirements for organizations for the implementation of sanitary and anti-epidemic, sanitary and preventive measures to prevent infectious diseases"
4. Ashmarin I. P. and Vorobyov A. A. Statistical methods in microbiological research, L., 2012.
5. MR MH RK No. 100503197 dated 05/21/1999 "On the unification of microbiological (bacteriological) research methods used in the CDL of health facilities."





УДК:616.36-003.826-073.43-076:611

ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Фазылов Акрам Акмалович¹, Рашидова Хуршида Абдувохидовна²,
Соипова Гузал Гуломиддин кизи³

1,3-Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при
министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

2-Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация. Хронические диффузные заболевания печени, включающие в себя жировой гепатоз и различной этиологии хронические гепатиты остаются одной из главной проблемы для здравоохранения. При несвоевременном выявлении и лечении они могут прогрессировать до цирроза и гепатоцеллюлярного рака. В работе представлен анализ двухмерной эластографии сдвиговой волной (2DSWE) и морфологической картиной биоптата печени у 84 больных хроническими диффузными заболеваниями. Показаны высокая чувствительность - 93%, специфичность - 75% AUROC 0,999±0,075 и диагностическая точность - 94% в определении фиброза печени при хронических диффузных заболеваниях печени.

Ключевые слова: Хронические диффузные заболевания печени, эластография в режиме 2D SWE, хронические вирусные гепатиты, неалкогольная жировая болезнь печени, морфологическое исследование биоптата.

Актуальность. Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) являются серьёзной медико-социальной проблемой гепатологии. По данным ВОЗ в мире хроническими диффузными заболеваниями печени страдают около 2 миллиарда людей и смертность при этом за последние 10 лет возросла вдвое [6]. ХДЗП включают широкий спектр нозологически самостоятельных диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии [1, 7]. Диффузное заболевание печени на определенном этапе их развития имеют ряд общих клинических и морфологических признаков, что требует проведения дифференциальной диагностики между ними. С появлением метода эластографии открылись новые возможности в диагностике заболеваний печени [2]. Однако диагностические возможности двухмерной эластографии сдвиговой волны (2D SWE) при диффузных заболеваниях печени изучены недостаточно [3, 5].

Цель. Улучшение дифференциальной диагностики хронических диффузных заболеваний печени путём сравнительного анализа морфологического и эластографического методов исследования в определении степени выраженности заболевания.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2022 гг. были обследованы 84 пациента. Все обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 44 больных хроническими вирусными гепатитами С (ХВГС), во вторую группу - 40 больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Всем обследованным после клинико-лабораторного обследования провели ультразвуковое исследование печени в режиме серой шкалы, доплерографии и двухмерной эластографии сдвиговой волной на ультразвуковых приборах экспертного класса GE Logic S8 и Toshiba Aplio 450. Исследование осуществлялось на II, III, V, VI, VII и VIII сегментах печени с не менее пятикратным измерением каждой зоны интереса (Q-Box) на глубине 2-6 см от поверхности кожи в зоне, свободной от магистральных сосудов. При этом величина эластического модуля Юнга печени выражалась в кило Паскалях (кПа), а скорость сдвиговой волны в метр секунду





(м/сек). Диагнозы были установлены после морфологической верификации заболевания. Прицельная трепан-биопсия печени являлась референтным методом в оценке возможностей ультразвуковой эластографии в режиме 2D SWE.

Результаты. При обследовании больных ХВГС были получены следующие результаты: при первой стадии фиброза печени F1 средний показатель 2D SWE составил 7,13 (медиана 7-7,26) кПа, а скорость сдвиговой волны составила $1,3 \pm 0,2$ м/с. При морфологическом исследовании у больных этой группы ткань печени была с дистрофическими изменениями, в отдельных прослойках было скопления лимфоцитов. Эта картина соответствовала хроническому воспалению печени. У больных со стадией фиброза F2 средние показатели эластометрии составили 7,66 (7,5-7,83) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до $1,7 \pm 0,2$ м/сек. У пациентов из этой группы морфологическое исследование показало, что ткань печени была с дистрофическими изменениями, гепатоциты в состоянии гидропической и вакуольной дистрофии, с очагами колликационного некроза. В портальном тракте был выявлен клеточный инфильтрат, состоящий из лимфо-лейко-макрофагальных клеток. В стадии F3 эластометрические показатели составили в среднем 10,2 (9,94-10,47) кПа, величина скорости сдвиговой волны достигла $1,8 \pm 0,2$ м/сек. При морфологическом исследовании наблюдалось разрастание фиброзной ткани, нарушение балочных структур долек, расширение большинства портальных трактов, образование порто-центральных септ, нарушение архитектоники долек, обструкция и перестройка желчных протоков, развитие холестаза, что соответствовало выраженному фиброзу печеночной ткани. В стадии фиброза F4 данные 2D SWE свидетельствовали об увеличении жесткости паренхимы органа до 16,6 (15,02-18,2) кПа, а скорости сдвиговых волн ускорилась до $2,3 \pm 0,3$ м/сек. При морфологическом исследовании отмечалось потеря нормального лобулярного строения печени с развитием фиброза, наличие перегородок, отделяющих и окружающих долек.

Отмечена перестройка структур печени с образованием ложных долек, преимущественно мультилобулярного типа. Фиброзные расширения в большинстве случаев поражали портальные тракты с развитием выраженных септ порто-портальных и порто-центральных зон, отмечались широкие фиброзные септы, мелкие портальные тракты, избыточное число центральных вен в мультилобулярных дольках, нарушение ангиоархитектоники долек и желчных капилляров, обструкция желчных протоков фиброзной тканью, что соответствовало циррозу печени.

При первой степени НАЖБП показатель 2D SWE составил в среднем 4,7 (4,5-5,9) кПа, а скорость сдвиговой волны $0,82 \pm 0,2$ м/с. При морфологическом исследовании печени у этой группы выявлена слабая жировая дистрофия печени, ткань органа имела разную степень жировых-дистрофических изменений. Отмечалась различная степень венозного застоя в синусоидальных полостях с наличием гепатоцитов разного размера, клетки были гиперхромные, слева по периферии выявлялись мелкие извитые жировые дистрофические гепатоциты, а в центре гепатоциты с гидропической дистрофией и светлой цитоплазмой.

При второй степени жировой болезни печени средние показатели эластометрии составили 6,9 (6,3-7,9) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до $1,1 \pm 0,2$ м/с. У пациентов этой группы морфологическое исследование показало, венозное полнокровие в центральных венах. Отмечалась пролиферация окрашенных базофильных клеток Купфера. В гепатоцитах формировались умеренно и крупнокапельная жировая дистрофия. Синусоидальные пространства были сужены, в цитоплазме гепатоцитов формировалась гидропическая дистрофия.

У 5 больных отмечалось третья степень болезни. При этом эластометрические показатели составили в среднем 8,4 (8,1-13,5) кПа, величина скорости сдвиговой волны





достигла $1,5 \pm 0,2$ м/с. В этом случае при морфологическом исследовании биоптата определились гепатоциты с жировой дистрофией в очаге, окруженные скоплением липофагов. Наблюдали пролиферация клеток Купфера. Кровеносные сосуды перипортальной вены имели различную степень развитости полноты.

Совпадение стадии фиброза, определенной по результатам эластометрии с результатами морфологического исследования биоптата печени в первой группе наблюдалось у 40 из 44 обследованных пациентов, а во второй группе у 36 больных из 40. Таким образом суммарная диагностическая точность метода составила 90,4%. ROC-анализ результатов первой группы показал, что диагностическая эффективность метода сдвиговолновой эластографии в определении стадии фиброза (по Metavir) оказалась наиболее оптимальной для F3 - 10,2 кПа (чувствительность - 93%, специфичность - 72%, AUROC $0,885 \pm 0,040$ и диагностическая точность 90%). Данные ROC-анализа второй группы свидетельствовали, что чувствительность, специфичность и диагностическая точность 2D SWE увеличиваются, начиная со второй степени НАЖБП (чувствительность - 93%, специфичность - 75% AUROC $0,999 \pm 0,075$ и диагностическая точность - 94%).

Выводы. Мультисегментарная ультразвуковая эластометрия в 2D SWE позволяет повысить точность дифференциальной диагностики заболеваний печени. Роль 2D SWE при хронических диффузных заболеваниях печени заключается в том, что она не инвазивная, высокоинформативная и позволяет качественно и количественно анализировать упругость/жесткость паренхимы печени при различных ХДЗП. Способ ультразвуковой эластометрии позволяет получить новые статистически достоверные критерии эластометрии при различных ХДЗП и позволяет уточнить природу диффузных и очаговых заболеваний печени в случае невозможности проведения биопсии печени для морфологической верификации диагноза, что в свою очередь улучшает качество жизни пациентов и снижает степень инвазивности данного диагностического этапа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Жирков И.И., Гордиенко А.В., Павлович И.М., Яковлев В.В., Сердюков Д.Ю. Эластография в диагностике фиброза при хронических диффузных заболеваниях печени // Вестник российской военно-медицинской академии, 2020 г., № 4 (72), с. 192-195
2. Серкова М.Ю., Скворцова Т.Э., Бакулин И.Г. Диагностические возможности метода эластографии и стеатометрии у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени // Медицинский вестник МВД, 2020 г., № 3, с. 50-55
3. Степанян И. А., Кобинец Ю. В., Изранов В. А., Овчинников О. И. Диффузные изменения печени: оценка эффективности диагностики методом стандартизированной ARFI-эластографии // Лучевая диагностика и терапия. 2018. № 1. С. 30-35.
4. Широкова Е.Н., Павлов Ч.С., Карасёва А.Д. Эластография в диагностике неалкогольной жировой болезни печени // Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. М. 2019; 74(1) с.5–13.
5. Younossi Z.M., Koenig A.B., Abdelatif D., Fazel Y., Henry L., Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease – meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes // HEPATOLOGY. – 2019. - № 64. – P. 73-84.
6. Fazel Y, Koenig AB, Sayiner M, et al. Epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease // Metabolism. – 2020. - №65. – P. 1017–1025.

УДК: 616.314-007.272-073.756.3 -053.4





ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗМЕРОВ НЕПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ПО ТАНАКА ДЖОНСОНУ

И.М. Нигматова, М.Б. Аралов, М.Ш. Зикирова, магистр М.Х. Исмоилов
(кафедра Ортодонтии и зубного протезирования
Ташкентского государственного стоматологического института)

***Актуальность.** Изучения биометрического анализа моделей у детей с вторичной деформации зубного ряда является основным этапом при диагностике у детей с деформацией ЗЧС, одним из фактором для развития вторичной деформации является преждевременное потеря молочных зубов (Phulari D.S., 2017).*

Одним из важных аспектов диагностики при сменном прикусе является определение несоответствия размера зуба и длины дуги, поэтому прогнозирование мезиодистальных размеров непрорезавшихся постоянных клыков и премоляров имеет клиническое значение для диагностики и планирования лечения (Таууаб et al, 2014).

Существуют различные типы анализа, выполняемые для прогнозирования размера непрорезавшихся зубов, и были установлены три основных типа; измерение зубов на рентгенограммах; таблицы пропорциональности или уравнения регрессии; и сочетание обоих методов, рентгенограмм и таблиц пропорциональности (Proffit WR et al, 2008). из различных методов анализа смешанного прикуса, описанных в литературе, уравнения регрессии, основанные на измерениях уже прорезавшихся постоянных зубов в раннем сменном прикусе, являются наиболее широко используемыми (Ibadullah K, et al, 2012), и это анализ Танаки-Джонсона на основе уравнения регрессии и анализа Мойерса на основе таблиц пропорциональности.

Цель. Совершенствование методов диагностики по Танака Джонсону для прогнозирования размеров непрорезавшихся постоянных клыков и премоляров посредством компьютерных технологий.

Материал и методы.

Исследование проводилось у школьников в городе Ташкента в возрасте от 6 до 9 лет. На кафедре ортодонтии в течении года было обследованных 76 учеников, из них 34 (44,7%) девочек и 42 (55,2%) мальчиков, все обследованные были разделены на возрастные половые группы и по периодам потерей молочных зубов.

Нами была поставлена цель усовершенствовать методы диагностики аномалий зубных рядов посредством использования компьютерных технологий. Для этого мы разработали программное обеспечение, позволяющее быстро и точно проводить антропометрическое исследование моделей челюстей по Танака Джонсону для прогнозирования размеров непрорезавшихся постоянных клыков и премоляров.

Было проведено клиническое обследования, провели биометрический анализ моделей пациентов по методу Т.Джонсона и Мойерса, исследовали каждый модель отдельно по двум.





Таблица 1

Схема оценки опорных зон по Мойерсу

	S1 мм	S2 мм	S3 мм	S4 мм
Длина опорной зоны	18,6	22,3	22,0	21,9
Потребность места при 75%	5%	75%	75%	75%
Разница	-3,7	0	+0,1	0
Результат	Отрицательно	Положительно	Положительно	Положительно

Второй метод биометрического анализа по Т.Джонсона было проведено с помощью формулы:

Норма для нижней челюсти:

Sn- ширина нижних резцов /2 _____ +10,5 = _____ мм

Норма для верхней челюсти:

Sn- ширина нижних резцов /2 _____ +11,0 = _____ мм

Мы провели измерения с помощью электронного штангенциркуля и сопоставили по формуле.

Таблица 2

Схема оценки опорных зон по Т.Джонсону

	I Si. мм	II Sb. мм	Результат мм
Длина передних и боковых сегментов	19,7	17,6	2,1
	23,4	16,1	7,3
	19,2	19,5	0,3
	22,1	18,7	3,4
	18,6	18,0	0,6
Вывод			Дефицит мест

Результаты и обсуждение.

Для изучения места для прорезывание постоянного клыка и премоляра мы использовали метод Мойерса и Т.Джонсона, и по данным наших исследования в первом методе было дано таблица по 1, в котором измерялась с помощью штангациркуля сперва 4 нижние резцы и S1-18,6 S2- 22,3 S3- 22,0 S4-21,9 в мм, используя таблицу мойерса мы определили в процентах и было выявлено что правый боковой сегмент верхней челюсти был укорочен.

Биометрический анализ по методу Т.Джонсону, так же мы измерили нижние центральные и боковые резцы формуле и выявили необходимый место для прорезывания, во 2-й таблице дано сколько мм необходима для прорезывания постоянного клыка и премоляра.





Рис.1. Гипсовый модель пациента

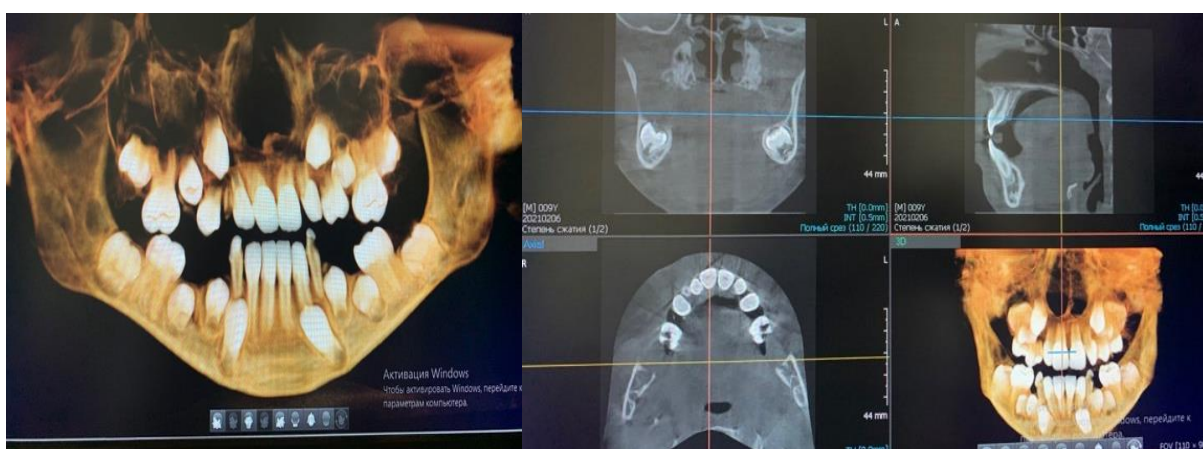


Рис.2. 3D рентген того же пациента



Рис.3. ТРГ снимок того же пациента





Вывод:

По нашим данным при исследовании по методу Мойерса было определено свои нюансы такие как знания таблицы или же постоянное ее наличие, кроме того, расчеты прогнозируемой величины проводятся с точностью до 0,5 мм, вследствие чего необходимо округлять размер, например $\sum 4 i = 22,3$ мм, значит округляют до 22,5 мм, и считается более практическим метод биометрического анализа является метод Т.Джонсона тем что простата в применений и точность при измерения зубного ряда, что является основной целью врача ортодонта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Нигматов Р. и др. Анализ современных методов оценки окклюзии у детей с ранней потерей молочных зубов //Stomatologiya. – 2021. – №. 2 (83). – С. 36-39.
2. Нигматов Р. и др. Пересечение рядов зубов во время детского обменного прикуса диагностика прикуса цефалометрическим методом //Stomatologiya. – 2021. – №. 1 (82). – С. 38-40.
3. Нигматов Р., Абдуллаева Н., Абдуганиева Н. Биометрическое исследование при укорочение зубного ряда у детей //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – Т. 1. – №. 02. – С. 48-49.
4. Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями.// Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 2 (71), Т.- 2018. - С.- 43-46.
5. Нигматова И.М., Ходжаева З.Р., Нигматов Р.Н. Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата.// Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 4 (72), Т.- 2018. - С.30-33.
6. Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А., Раззаков У.М. Распространенность дислалии у детей г. Ташкента. // Респ. научно-практ. Конф. «Актуальные проблемы стоматологии». 30-31 марта 2018 г., Нукус.- 86-87.
7. Tanaka, M. M.and L. E.Johnston. The prediction of the size of unerupted canines and premolars in a contemporary orthodontic population.*J Am Dent Assoc*1974. 88:798–801.Google Scholar Crossref
8. Ling, J. Y. K. A Morphometric Study of the Dentition of 12-year-old Chinese Children in Hong Kong.PhD thesis]. Hong Kong, People's Republic of China: The University of Hong Kong; 1992.





УДК: 314.26-007/.271-073.757.7

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БОЛТОНА ДЛЯ БИОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ.

Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Кадиров Ж.М., Аралов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация: Совершенствование методов диагностики аномалий зубов и зубных рядов посредством компьютерных технологий и проведение биометрического анализа гипсовых моделей для прогнозирования размеров несоответствия ширины зубной дуги верхней и нижней челюстей по методу Болтона. **Материал и методы:** исследование проводилось у 82 школьников с аномалией окклюзией школьников в городе Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института в 2019-2022 гг. Возраст пациентов варьировал от 6 до 14 лет в периоде сменного прикуса. **Результаты:** при исследовании по методу Болтона расчеты прогнозируемой величины имеют точность до 0,5 мм, вследствие чего необходимо округлять размер, например $\sum 4 i = 22,3$ мм, значит, округляют до 22,5 мм. **Выводы:** метод биометрического анализа Болтона отличается простотой применения и точностью при измерении зубного ряда, что является основной целью врача-ортодонта.

Ключевые слова: дети, зубочелюстная аномалия, ортодонтическое лечение, метод исследования, биометрический анализ Болтона.

В литературе описаны зубочелюстные аномалии, возникающие в результате мезиального смещения боковых зубов, и способы их лечения (Ильина-Маркосян Л.В., 1951; Курляндский В.Ю., 1957; Хорошилкина Ф.Я., 1960; Калвеллис Д.Л., 1964; Каламкарров Х.А., 1965; Korkhaus, 1939; Oppenheim, 1934; Schwarz, 1962; Mejer, 1968 и др.). Однако биомеханические принципы дистального перемещения боковых зубов (моляров и премоляров) и показания к применению той или иной конструкции ортодонтического аппарата изучены недостаточно.

Устранение мезиального смещения боковых зубов возможно путем их дистального перемещения. Однако этому способу лечения не уделяется должного внимания. В практике нередко удаляют некоторые зубы (чаще всего первые премоляры) с целью получения места для неправильно расположенных фронтальных зубов. Встречаются также случаи удаления вестибулярно или орально расположенных клыков, место для которых можно создать в зубной дуге за счет дистального перемещения моляров и премоляров.

Знание особенностей изменения морфологического и функционального состояния зубочелюстной системы поможет совершенствовать методы диагностики и лечения аномалии окклюзии, поставить более точный диагноз, составить план и выбрать метод лечения аномалии, предупредить возможность рецидива или осложнений.

Изучение биометрического анализа моделей у детей с аномалиями зубного ряда является основным этапом при диагностике аномалии ЗЧС. Одним из факторов для развития аномалии окклюзии является несоответствия ширины зубной дуги верхней и нижней челюстей. Если это соответствие нарушено, невозможно создать идеальные контакты между зубными рядами. Для оценки соответствия размеров зубов верхней и нижней челюсти используется метод Болтона.

Цель исследования

Совершенствование методов диагностики аномалий зубов и зубных рядов посредством компьютерных технологий и проведение биометрического анализа гипсовых





моделей для прогнозирования размеров несоответствия ширины зубной дуги верхней и нижней челюстей по методу Болтона.

Материал и методы

Исследование проводилось у школьников в городе Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института в период с 2019 по 2022 гг.

Материалом для исследования послужили данные, полученные в процессе обследования 82 (45 девочек и 37 мальчиков) детей в возрасте 10-14 лет. На ортодонтическое лечение были приняты 45 больных. 23 больным с дефектами зубных рядов были изготовлены профилактические детские зубные протезы, 11 пациентов находились под наблюдением, 3 больных от лечения отказались.

В контрольную группу были включены 27 детей в периоде сменного прикуса с ортогнатическим видом прикуса и целостными зубными рядами, без патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

При диагностике зубочелюстных аномалий использовалась классификация Л.С. Персина (1989) и Энгля (1898).

Дополнительные методы исследования (фотометрический и функциональный) проводились до и через 6 и 12 месяцев после начала активного ортодонтического лечения.

Результаты и обсуждение

На основании проведенного исследования было определено, что у 29 (35,36%) больных этиологическим фактором мезиального наклона или смещения боковых зубов явилась ранняя потеря молочных моляров, у 9 (10,98%) – ранняя потеря постоянных моляров или премоляров, у 12 (14,63%) – полное разрушение проксимальных поверхностей коронок зубов кариесом, у 4 (4,88%) – вредные привычки (сосание пальцев, прикусывание губы и др.), у 7 (8,54%) – адентия или ретенция зубов, у 2 (2,44%) – неправильное расположение зачатков постоянных зубов, у 3 (3,66%) – ошибки в ортодонтическом лечении. У 14 (17,07%) больных причиной мезиального смещения моляров и премоляров чаще служил не один этиологический фактор, а их сочетание. У 2 (2,44%) пациентов выяснить причину смещения зубов не удалось.

У 38 (46,34%) из 82 больных с мезиальным смещением верхних боковых зубов отмечалось двустороннее симметричное мезиальное смещение моляров и премоляров, у 21 (25,61%) – двустороннее несимметричное смещение, у 23 (28,05%) – одностороннее смещение.

При оценке состояния зубных рядов и альвеолярных отростков было выявлено изменение формы зубных дуг (в/ч и н/ч). Состояние прикуса укладывалось в следующую клиническую характеристику: перекрытие во фронтальном отделе составляло величину от 1/3 до 1/2 высоты коронок нижних резцов несовпадение центральной линии между резцами-антагонистами отмечалось у 53 (60,91%) детей; смыкание по молярам – нейтральное, дистальное, мезиальное, асимметричное; обратное перекрытие в трансверзальной плоскости – у 58 (66,66%). Для подтверждения механизма формирования аномалии были детально проанализированы КДМ челюстей пациентов.

Для изучения размеров зубных дуг верхней и нижней челюсти (в/ч и н/ч), а также для планирования ортодонтического лечения нами проведены клиническое обследование и биометрический анализ моделей челюстей пациентов по методу Болтона. На основании более тысячи измерений мезиодистальных размеров 12 зубов в/ч и н/ч нами разработана компьютерная программа. (Патент. DGU 21543/ Анализ по Болтону (ABolton.exe), 11.01.2023 г. –Ташкент.- 2023).

Компьютерная программа – программа для оценки расчета размеров несоответствия ширины зубной дуги верхней и нижней челюстей по методу Болтона – рекомендована для





антропометрического исследования гипсовых моделей челюстей, которое включает измерение зубов, зубных рядов, ширины зубной дуги и прогнозирование соответствия зубных дуг и постановку диагноза (Рис. 1, 2).

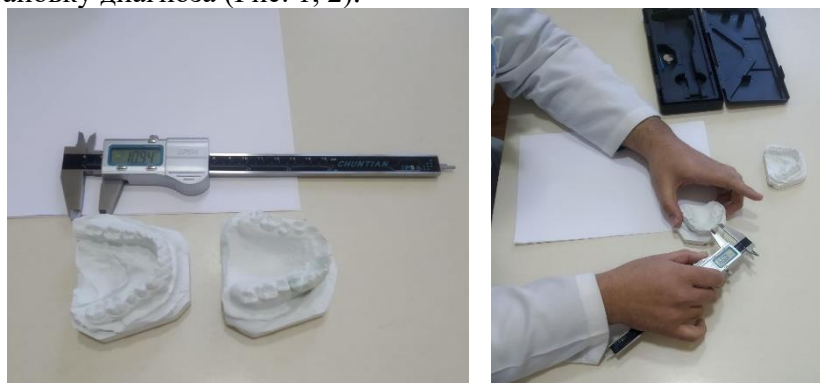


Рис. 1. Гипсовая модель пациента.

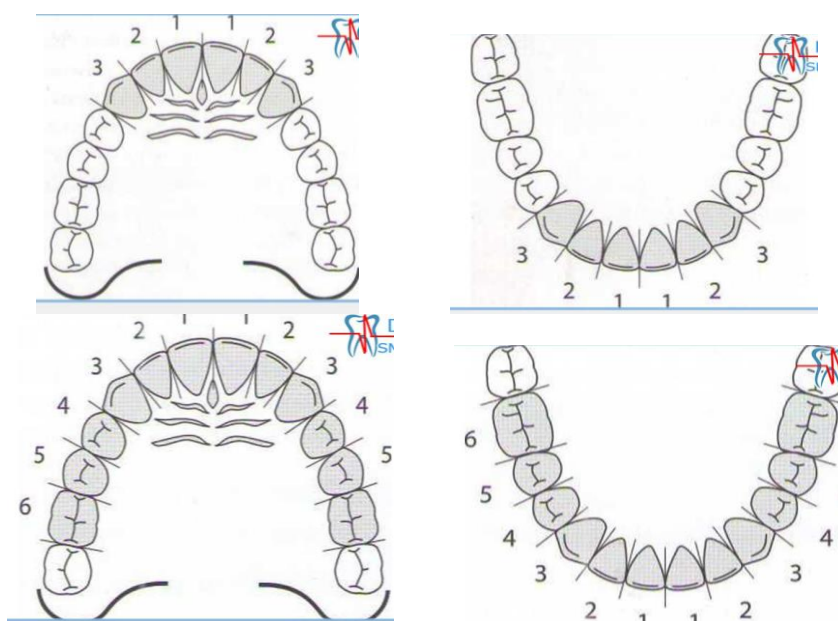


Рис. 2. Измеряемые участки зубного ряда.

Нами была разработана компьютерная программа для экспресс-диагностики для определения нормального положения зубной дуги при трансверсальной окклюзии. Метод Болтона позволяет установить локализацию патологии и определить показания к частичному сошлифовыванию эмали апроксимальных поверхностей зубов.

Программный продукт предназначен для определения несоответствия ширины зубной дуги верхней и нижней челюстей. Если это соответствие нарушено, невозможно создать идеальные контакты между зубными рядами. Для оценки соответствия размеров зубов верхней и нижней челюсти используется метод Болтона.

Программный продукт позволяет определить в экспресс-режиме способ планируемого ортодонтического лечения. На основании размеров 12 постоянных нижних зубов составляется определенный процент от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов верхней челюсти в зависимости от степени деформации зубных дуг и их антропометрических показателей. За основу расчетов взяты антропометрические измерения ширины верхней и нижней челюстей здорового ребенка соответствующего возраста.

Авторами было предложено выявлять нарушение в соотношении ширины коронок передних зубов и зубных рядов в целом.





Для выявления нарушений в соотношении ширины коронок передних зубов верхней и нижней челюсти применяют формулу:

$$d \ 3 \ 2 \ 1 \mid 1 \ 2 \ 3 \times 100 = 77,2\%$$

$$d \ 3 \ 2 \ 1 \mid 1 \ 2 \ 3$$

Приведенное соотношение составляет от 74,5 до 80,4%.

Если соотношение больше 77%, то это свидетельствует об увеличенных размерах шести передних зубов нижней челюсти или уменьшенных размерах шести зубов верхней челюсти, если меньше 77%, то об уменьшенных размерах шести зубов нижней челюсти или увеличенных размерах шести зубов верхней челюсти.

Одновременно необходимо проводить анализ соотношения ширины мезиодистальных размеров коронок 12 зубов:

$$d \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \mid 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \times 100 = 91,3 + 1,3\%$$

$$d \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \mid 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6$$

Если процентное соотношение при второй разновидности анализа не соответствует данным нормы (91,3%), то это значит, что нарушение обусловлено размерами первого, второго премоляров и первого моляра на одной из челюстей. Если соотношение больше 91,3%, а данные анализа суммы размеров шести передних зубов в норме (77,2%), то причина нарушений обусловлена увеличенными размерами премоляров и моляров на нижней челюсти или уменьшенными их размерами на верхней челюсти. Следует сравнивать индивидуальную сумму ширины коронок премоляров и первых постоянных моляров на верхней и нижней челюсти. За индивидуальную норму принимают уменьшенный размер на одной из челюстей, следовательно, нарушения размеров имеются на противоположной челюсти, где возможно сошлифовать эмаль.

Выводы

1. При исследовании по методу Болтона расчеты прогнозируемой величины имеют точность до 0,5 мм, вследствие чего необходимо округлять размер, например $\sum 4 i = 22,3$ мм, значит, округляют до 22,5 мм.

2. Метод биометрического анализа Болтона отличается простотой применения и точностью при измерении зубного ряда, что является основной целью врача-ортодонта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Куранбаева Д., Нормуродова М., Нигматов Р. Разновидности и частота перекрестной окклюзии у детей и подростков // Акт. пробл. стоматол. и челюстно-лицевой хир. – 2021. – №1.01. – С. 233-235.

2. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Акбаров К.С., Арипова Г.Э., Кадиров Ж.М. и др. «Анализ по Болтону» (ABolton.exe) -Болтон бүйича тахлил (ABolton.exe) //IE – 2023.

3. Нигматов Р., Раззаков У., Нигматова И. Ассиметрия лица при перекрестном прикусе //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – Т. 1. – №. 02. – С. 50-51.

4. Нигматов Р., Абдуллаева Н., Абдуганиева Н. Биометрическое исследование при укорочение зубного ряда у детей //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – Т. 1. – №. 02. – С. 48-49.

5. Нигматов Р. и др. Сравнительная оценка различных ортодонтических расширителей верхних челюстей у детей сменного прикуса //Stomatologiya. – 2021. – №. 2 (83). – С. 40-44.

6. Нигматов Р. и др. Пересечение рядов зубов во время детского обменного прикуса диагностика прикуса цефалометрическим методом //Stomatologiya. – 2021. – №. 1 (82). – С. 38-40.

7. King N.M., Ling J.Y., Ng B.V., Wei H.Y.S. The dental caries status and dental treatment patterns of 12-year-old children in Hong Kong // J. Dent. Res. – 1986. – Vol. 65. – P. 1371-1374.

8. Ling J.Y. Morphometric Study of the Dentition of 12-year-old Chinese Children in Hong Kong. PhD thesis]. Hong Kong, People's Republic of China: The University of Hong Kong. 1992.





ЕРЕСЕКТЕРДЕГІ АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕ
АМБУЛАТОРЛЫ
ДЕҢГЕЙДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН НЕГІЗГІ ДӘРІЛІК ЗАТТАРҒА ШОЛУ.
(АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ХАТТАМАЛАРЫ
НЕГІЗІНДЕ)

Тулкибаева Шынарай Калмуратовна
Шымкент, Қазақстан

Аннотация: Мақалада Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары негізінде ересектердегі ауруханадан тыс пневмония кезінде амбулаторлы деңгейде қолданылатын дәрілік заттарға шолу ұсынылған. Сонымен қатар, дәрілік заттардың қолдану ерекшеліктері, қарсы көрсетілімдері мен олардың аналогтары қоса көрсетілген.

Тірек сөздер: пневмония, стационар, амоксициллин (amoxicillin), азитромицин (azithromycin), пациент, пенициллин

Ауруханадан тыс пневмония-бұл стационардың (аурухананың) жағдайынан тыс пайда болатын немесе ауруханаға жатқызылғаннан кейінгі алғашқы екі күнде анықталатын өкпенің қабыну ауруы. Пневмонияның бұл түрі үй немесе амбулаториялық деп те аталады.

Амбулаториялық емдеу ауыр емес пневмониямен ауыратын науқастарда жүргізіледі. Ауруды емдеу үшін негізгілері бактерияға қарсы препараттар болып табылады. Амбулаториялық жағдайда биожетімділігі жоғары АБП-ның пероральді дәрілік түрлерін тағайындау орынды. Амбулаториялық жағдайда пневмония кезінде парентеральді ББП пероральді жағдайларға қарағанда дәлелденген артықшылықтарға ие емес, шығындардың ұлғаюымен инъекциядан кейінгі асқынулардың даму қаупін туғызады.

Амбулаторлы ем жүргізудің тактикасы пациенттердің ауруды жұқтыру этиологиясына байланысты:

- 1- Топ: соңғы 3 айда АБП ≥ 2 күн, 60 жасқа дейін қатар жүретін ауруларсыз. Таңдау препараттары ретінде амоксициллин немесе макролидтер ұсынылады.
- 2- Топ: полирезистентті қоздырғыштармен (ПВ) жұқтыру қаупі жоғары (антибиотиктерді қабылдау немесе алдыңғы 3 ай ішінде ауруханаға жатқызу; ұзақ мерзімді күтім үйлерінде болу; емханалардың күндізгі стационарларында емдеу; гемодиализбен емдеу); сондай-ақ қатар жүретін аурулары бар пациенттер.

Ауруханадан тыс пневмония кезіндегі негізгі дәрілік заттардың тізбесі:

Амоксициллин (Amoxicillin)

Клиникалық-фармакологиялық топ: пенициллиназамен ыдырайтын кең спектрлі пенициллиндер тобының антибиотигі.

Фармакотерапиялық топ: антибиотик, жартылай синтетикалық пенициллин.

Фармакологиялық әсері

Кең спектрлі жартылай синтетикалық пенициллиндер тобының антибиотигі. Бұл ампициллиннің 4-гидроксил аналогы. Ол бактерицидтік әсерге ие. Аэробты грам-позитивті бактерияларға қарсы белсенді: *Staphylococcus* spp. (пенициллиназа шығаратын штаммдарды қоспағанда), *Streptococcus* spp.; аэробты грамтеріс бактериялар: *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Klebsiella* spp. Пенициллиназа шығаратын микроорганизмдер амоксициллинге төзімді. Метронидазолмен бірге ол *Helicobacter pylori*-ге қарсы белсенділік көрсетеді.





Амоксициллин *Helicobacter pylori*-дің метронидазолға төзімділігінің дамуын тежейді деп саналады.

Амоксициллин препаратының белсенді заттарының көрсеткіштері

Монотерапия түрінде және клавулан қышқылымен бірге қолдану үшін: сезімтал микроорганизмдерден туындаған жұқпалы-қабыну аурулары, соның ішінде бронхит, пневмония, тонзиллит, пиелонефрит, уретрит, асқазан-ішек жолдарының инфекциясы, гинекологиялық инфекциялар, тері мен жұмсақ тіндердің жұқпалы аурулары, листериоз, лептоспироз, гонорея.

Жанама әсері

Асқорыту жүйесінен: жиі - жүрек айну, диарея; сирек - құсу; сирек - диспепсия, эпигастрий аймағындағы ауырсыну; өте сирек - антибиотикпен байланысты колит (псевдомембранозды және геморрагиялық колитті қоса), қан аралас диарея, тілдің қара түсінің пайда болуы; жиілігі белгісіз - дәмнің өзгеруі, стоматит, глоссит.

Жүйке жүйесі тарапынан: жиі-ұйқышылдық, бас ауруы; сирек: жүйке, козу, мазасыздық, атаксия, мінез-құлықтың өзгеруі, перифериялық нейрпатия, мазасыздық, ұйқының бұзылуы, депрессия, парестезия, тремор, сананың шатасуы; өте сирек-гиперкинезия, бас айналу, құрысулар, гиперестезия, көру қабілетінің бұзылуы, иіс және тактильді сезімталдық, галлюцинация, асептикалық менингит.

Жүрек-тамыр жүйесі жағынан: жиі-тахикардия, флебит; сирек-қан қысымының төмендеуі; өте сирек-QT аралығының ұзаруы.

Бауыр мен өт жолдары жағынан: көбінесе-сарысудағы билирубин концентрациясының жоғарылауы; өте сирек-гепатит, холестатикалық сарғаю, AST, ALF, ght белсенділігінің орташа жоғарылауы, жедел бауыр жеткіліксіздігі.

Тері мен тері астындағы тіндерден: жиі - тері бөртпесі; сирек - есекжем, терінің қышуы; өте сирек - фотосенсибилизация, тері мен шырышты қабаттардың ісінуі, токсикалық эпидермиялық некролиз (Лайелл синдромы), Стивенс-Джонсон синдромы, мультиформалы эритема, буллезді қабыршақтайтын дерматит, жедел жалпыланған экзантематозды пустулез және дәрілік бөртпе эозинофилия және жүйелік симптоматология (DRESS синдромы).

Жұқпалы және паразиттік аурулар: сирек-суперинфекция (әсіресе созылмалы аурулары бар немесе ағзаның төзімділігі төмен науқастарда); өте сирек - тері мен шырышты қабықтың кандидозы.

Қан мен лимфа жүйесі тарапынан: өте сирек-қайтымды лейкопения (ауыр нейтропения мен агранулоцитозды қоса), қайтымды тромбоцитопения, гемолитикалық анемия, қанның ұю уақытының ұлғаюы, протромбин уақытының ұлғаюы; жиілігі белгісіз - эозинофилия.

Иммундық жүйе тарапынан: сирек-сарысу ауруына ұқсас реакциялар; өте сирек - ауыр аллергиялық реакциялар, соның ішінде ангионевротикалық ісіну, анафилактикалық шок, Сарысу ауруы және аллергиялық васкулит; жиілігі белгісіз-Яриш-Герксгеймер реакциясы, аллергиялық Жедел коронарлық синдром (Коунис синдромы).

Азитромицин (Azithromycin)

Клиникалық-фармакологиялық топ: макролид - азалид тобының антибиотигі.

Фармакотерапиялық топ: антибиотик-азалид.

Фармакологиялық әсері

Макролид-азалидтер тобынан кең спектрлі бактерияға қарсы препарат бактериостатикалық әсер етеді. Рибосомалардың 50s суббірлігімен байланысып, трансляция сатысында пептидтранслоказаны тежейді, ақуыз синтезін тежейді,





бактериялардың өсуі мен көбеюін баяулатады, жоғары концентрацияда бактерицидтік әсер етеді. Жасушадан тыс және жасушаішілік орналасқан қоздырғыштарға әсер етеді.

Жанама әсері

Асқорыту жүйесінен: жүрек айну, құсу, диарея, іштің ауыруы, нәжіс, метеоризм, ас қорыту жүйесінің бұзылуы, анорексия, іш қату, тілдің түсінің өзгеруі, псевдомембраналық колит, холестатикалық сарғаю, гепатит, бауыр функциясының зертханалық көрсеткіштерінің өзгеруі, бауыр жеткіліксіздігі, бауыр некрозы (өлімге әкелуі мүмкін).

Аллергиялық реакциялар: қышу, тері бөртпелері, ангионевротикалық ісіну, есекжем, фотосенсибилизация, анафилактикалық реакция (сирек жағдайларда өліммен аяқталады), көп формалы эритема, Стивенс-Джонсон синдромы, уытты эпидермиялық некролиз.

Жүрек-қантамыр жүйесі жағынан: жүрек соғу сезімі, аритмия, қарыншалық тахикардия, QT аралығының ұлғаюы, екі бағытты қарыншалық тахикардия.

Жүйке жүйесінен: бас айналу/вертиго, бас ауруы, құрысулар, ұйқышылық, парестезия, астения, ұйқысыздық, гиперактивтілік, агрессивтілік, мазасыздық.

Сезім мүшелері тарапынан: құлақтың шуылдауы, саңырауға дейін қайтымды есту қабілетінің бұзылуы (ұзақ уақыт бойы жоғары дозада қабылдағанда), дәм мен иісті қабылдаудың бұзылуы.

Қанайналым және лимфа жүйелері жағынан: тромбоцитопения, нейтропения, эозинофилия.

Тірек-қимыл аппараты жағынан: артралгия.

Несеп-жыныс жүйесі жағынан: интерстициальды нефрит, жедел бүйрек жеткіліксіздігі.

Моксифлоксацин (Moxifloxacin)

Клиникалық-фармакологиялық топ: фторхинолондар тобының бактерияға қарсы препараты

Фармакотерапиялық топ: микробқа қарсы, фторхинолон

Фармакологиялық әсері

Фторхинолондар тобындағы микробқа қарсы бактерицидтік әсер етеді. Грам-позитивті және грам-теріс микроорганизмдердің, анаэробты, қышқылға төзімді және атипті бактериялардың кең спектрінде белсенді: *Mycoplasma spp.*, *Chlamydia spp.*, *Legionella spp.* Бета-лактамыр мен макролидтерге төзімді бактериялық штамдарға қарсы тиімді. Микроорганизмдердің көптеген штамдарына қатысты белсенді: грам - позитивті - *Staphylococcus aureus* (метициллинге сезімтал емес штамдарды қоса), *Streptococcus pneumoniae* (пенициллинге және макролидтерге төзімді штамдарды қоса), *Streptococcus pyogenes* (А тобы); грам-теріс-*Haemophilus influenzae* (соның ішінде β-лактамаза өндіретін және өндірмейтін штамдар), *гемофилус parainfluenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* (β-лактамаза өндіретін және өндірмейтін штамдарды қоса), *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*; атипті-*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*. In vitro зерттеулерге сәйкес, төменде келтірілген микроорганизмдер моксифлоксацинге сезімтал болғанымен, оның инфекцияларды емдеудегі қауіпсіздігі мен тиімділігі анықталмады.

Жанама әсері

Жұқпалы аурулар: көбінесе-саңырауқұлақ суперинфекциясы.

Гемопоз жүйесі тарапынан: сирек-анемия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, тромбоцитемия, протромбин уақытының ұзаруы/МНО ұлғаюы; сирек - тромбопластин концентрациясының өзгеруі; өте сирек - протромбин концентрациясының жоғарылауы/мно төмендеуі.

Иммундық жүйе тарапынан: сирек-аллергиялық реакциялар, есекжем, қышу, бөртпе, эозинофилия; сирек - анафилактикалық/анафилатоксидты реакциялар,





ангионевротикалық ісіну, оның ішінде көмейдің ісінуі (өмірге қауіп төндіруі мүмкін); өте сирек - анафилактикалық/анафилактоидты шок (соның ішінде өмірге қауіп төндіруі мүмкін).

Жүйке жүйесі тарапынан: жиі-бас айналу, бас ауруы; сирек-парестезиялар, дизестезиялар, дәм сезу бұзылыстары (өте сирек жағдайларда агеузияны қоса), сананың шатасуы, бағдардың бұзылуы, ұйқының бұзылуы, тремор, вертиго, ұйқышылдық; сирек - гипестезия, иіс сезу бұзылыстары (аносмияны қоса), атипті армандар, үйлестірудің бұзылуы (бас айналу немесе вертиго салдарынан жүрістің бұзылуын қоса алғанда, өте сирек жағдайларда құлау нәтижесінде жарақаттарға, әсіресе егде жастағы пациенттерде), әртүрлі клиникалық көріністері бар құрысулар (соның ішінде. "grand mal" ұстамалар), зейіннің бұзылуы, сөйлеудің бұзылуы, амнезия, перифериялық нейропатия, полиневропатия; өте сирек - гиперестезия.

Көру органы тарапынан: сирек-көру қабілетінің бұзылуы (әсіресе ОЖЖ тарапынан реакциялар кезінде); өте сирек - көру қабілетінің өтпелі жоғалуы (әсіресе ОЖЖ тарапынан реакциялар кезінде). *Есту органы тарапынан:* сирек - құлақтың шуылы, есту қабілетінің нашарлауы, оның ішінде саңырау (әдетте қайтымды).

Жүрек-қан тамыр жүйесі тарапынан: жиі-ілеспе гипокалиемиамен ауыратын науқастарда QT аралығының ұзаруы; сирек-QT аралығының ұзаруы, жүрек соғу сезімі, тахикардия, вазодилатация; сирек-қан қысымының жоғарылауы, қан қысымының төмендеуі, естен тану, қарыншалық тахикардия; өте сирек-спецификалық емес аритмия, полиморфты қарыншалық тахикардия ("пируэт" типі), жүректің тоқтауы (негізінен клиникалық маңызды брадикардия, жедел миокард ишемиясы сияқты аритмияға бейім адамдарда).

Тыныс алу жүйесі жағынан: сирек-ентігу, астматикалық жағдай.

Асқорыту жүйесінен: жиі-жүрек айну, құсу, іштің ауыруы, диарея; сирек - тәбеттің төмендеуі және тамақ қабылдаудың төмендеуі, іш қату, диспепсия, метеоризм, гастроэнтерит (эрозиялық гастроэнтериттен басқа), амилаза белсенділігінің жоғарылауы; сирек - дисфагия, стоматит, псевдомембраналық колит (өтеар).

Дәрілердің қолдану мөлшері:

Жеңіл және орташа ауырлық дәрежесіндегі пневмонияның емі:

- Амоксициллин/клавуланат вена ішіне 1,2г 3 рет тәулігіне 3-4 күн бойы

Ауыр пневмония кезінде емі.

- Азитромицин 0,5 г 1 рет тәулігіне 7-10 күн бойы

Альтернативті дәрілік заттар:

- Левофлоксацин вена ішіне 0,5 г 1-2 рет тәулігіне 10 күн бойы

Ескерту: Дәрілік заттарды тәжірибеде қолданарда жастық және жүктілік мерзіміне назар аудару керек.

Қорытынды: мақалада ересектердегі ауруханадан тыс пневмония кезінде амбулаторлы деңгейде қолданылатын негізгі дәрілік заттарға шолу жасалды. Дәрілік заттардың пневмонияға қарсы әсері бар препараттардың 3 түрі таңдамалы негізде қабылданып, қолданылуы, әсері, қарсы көрсеткіштері қамтылды. Егер, алынған препараттарды белгіленген клиникалық мөлшерлемелерде қолданса және пайдалану ережелеріне бағынса препараттың оң әсерін алуға болады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗБЕСІ:

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В., Страчунский Л.С., Козлов Р.С., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Москва, 2005. 66 с.
2. Клинические рекомендации. Пульмонология/ под ред. А.Г.Чучалина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 240с.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 464 с.:ил.
4. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.С.Белоусова, С.Н.Козлова М.: Боргес, 2002.





УДК: 616.98:616.5-036

ОПТИМИЗАЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Клеблеева Гузаль Давлятовна

Заведующая кафедрой “Кожных и венерических болезней” СамГМУ
Самарканд, Узбекистан

Аннотация: В последние годы уделяется внимание патогенезу дерматологических изменений в постковидном периоде. Истинная причина дерматологических изменений, неопределенность в отношении того, появляются ли они в связи с прямым воздействием инфекции или связаны с системными заболеваниями (например, реактивными или вызванными лекарствами), и как лучше всего управлять ими, является актуальной проблемой, которая затрудняет понимание этих дерматологических проявлений. Важно было изучить состояние иммунитета у больных перенесших коронавирусную инфекцию. Для решения данной задачи мы изучали состояние гуморального иммунитета, иммунореактивности организма у больных после перенесенной коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: дерматологические проявления, кожа, иммунологический статус, постковидный период, лимфоциты, лимфопения.

Нами были проанализированы иммуноглобулины, которые имеют важное практическое значение в диагностике, лечении и определении прогноза дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции. Как известно, иммуноглобулины вырабатываются в ответ на поступления в организм чужеродных агентов, таких как различные антигены – бактерий, вирусы, грибы, паразиты или различные органические вещества. Нами было проведено исследование основных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM. При оценке изменений в гуморальном звене иммунитета у больных перенесших коронавирусную инфекцию было выявлено значимое повышение В-лимфоцитов по сравнению с контрольными значениями в 1,3 раза у больных в группе сравнения и 1,5 раза в основной группе. Аналогичная картина наблюдалась и в процентном отношении в обеих группах.

Таблица 1
Изменения показателей гуморального звена иммунитета у обследованных больных, перенесших коронавирусную инфекцию

Показатели	Контрольная группа (n=30)	Группа сравнения (n=47)	Основная группа (n=61)
В-лимфоциты, %	13,2±0,42	17,3±0,17***	19,9±0,19***^
В-лимфоциты · 10 ⁹ /л	0,45±0,07	0,86±0,09***	0,64±0,013***^
IgA (г/л)	2,93±0,09	5,89±0,07***	8,58±0,10***^
IgM (г/л)	1,66±0,08	1,96±0,09*	3,86±0,0***^
IgG (г/л)	15,98±0,51	19,47±0,36***	21,87±0,84***^
ЦИК, усл.ед	50,0±2,5	127,6±2,3***	176,5±3,9***^

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, *** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы сравнения значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01, ^^ - P<0,001)

Одной из самых существенных характеристик В-системы иммунитета является концентрация сывороточных иммуноглобулинов.





Нами было установлено, что после перенесенной коронавирусной инфекции в крови повышено содержание иммуноглобулина А (превышает нормальные показатели в 2,0-2,9 раза), преобладающего в составе иммунных комплексов (табл. 1).

Определение содержания в плазме циркулирующих иммунных комплексов подтверждает связь заболевания с этим базисным механизмом. При дерматологических проявлениях уровень этих комплексов в плазме, как правило, повышен, у больных группы сравнения 127,6 усл. ед, что выше показателей контрольной группы в 2,5 раза, у больных основной группы в 3,5 раз, хотя не выявляется соответствие между степенью этого повышения и тяжестью болезни. Причиной формирования иммунных комплексов может быть инфицирование, прием лекарственных препаратов, изменение белкового состава плазмы. Структурные изменения сосудистой стенки и нарушение синтеза коллагена приводят к контактной стимуляции тромбоцитов и провоцируют микротромбирование. Локализация и выраженность клинических проявлений определяется зоной и массивностью поражения сосудов. Иммуноглобулин Ig G является главным фактором вторичного иммунитета и единственный тип антител участвующий в нейтрализации токсинов. Больные с дерматологическими проявлениями после перенесенной коронавирусной инфекции поступали к нам в среднем спустя 12 недель после перенесенной коронавирусной инфекции. Несмотря на это, Ig G было выше от верхней границы нормы на 50%, что говорит о продолжающихся явлениях интоксикации у данных больных.

Ig A обеспечивает местную антимикробную защиту в различных участках слизистой. Показатель Ig A у больных с дерматологическим проявлением после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) был повышен.

Ig M (макроглобулин) – продуцируется активированными В – клетками во время первичного иммунного ответа на поступающие антигены (вирусы, бактерии, грибы и др.). Накопление в организме Ig M является признаком недавно перенесенной инфекции или иммунизации. У наших больных, в среднем на 12 неделе после начала заболевания показатель Ig M увеличился в 2 раза.

Нами также была изучена иммунореактивность организма больных с дерматологическими проявлениями после перенесенной коронавирусной инфекцией (табл. 3.6). Для этого мы изучали такие показатели, как: Т-лимфоциты; В-лимфоциты; CD4+ (Т-х); CD8+ (Т-с); CD16; CD38; CD95; CD25. В нашем наблюдении в основной группе количество Т-лимфоцитов составило в среднем 27,4%, что было на 20,8% ниже нормы, и свидетельствовало об угнетении Т-лимфоцитов под влиянием коронавирусной инфекции.

Таблица 2

Показатели иммунореактивности организма у больных с дерматологическими проявлениями после перенесенной коронавирусной инфекции

Иммунологические параметры	КГ (n=30)	Группа сравнения (n=47)	Основная группа (n=61)
Т-лимфоциты, %	34,6 ±1,9	31,4±0,34	27,4±0,19***
В-лимфоциты·10 ⁹ /л	16,3±1,1	19,6±0,15**	22,7±0,15***
CD ₄ + (Т-х) %	56,0±1,2	31,3±0,34***	25,04±0,2***
CD ₈ + (Т-с) %	15,6±0,09	8,0±0,08***	6,1±0,09***
CD ₁₆ %	18,2±0,8	17,5 ±0,18	18,6 ±0,13
CD ₃₈ %	22,0 ±0,9	20,5 ±0,12	21,8 ±0,2
CD ₉₅ %	20,6 ±0,5	19,7±0,1	18,9±0,18***
CD ₂₅ %	22,4 ±1,2	19,8 ±0,18*	18,6 ±0,14***

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001);





Напротив количество В- лимфоцитов увеличилось на 39,3% от верхней границы нормы, что свидетельствовало о стрессовом характере данного инфекта и вызванной им заболеванием. Мы не можем ответить на вопрос, данные изменения характерны ли только для больных с дерматологическими проявлениями после перенесенной коронавирусной инфекцией или являются общей реакцией на данный вирус. В группе сравнения также отмечалось подавление Т – клеточного иммунитета и содержание Т-лимфоцитов составил $31,4 \pm 1,5\%$. Содержание В-лимфоцитов в данной группе составил $19,6 \pm 0,5\%$, что являлось несколько выше верхней границы нормы.

Угнетение Т-клеточного иммунитета у больных обеих групп в основном происходит за счет подавления Т-хелперов CD4+ на 35% нижней границы нормы. Основной функцией Т-хелперов является активация адаптивного иммунного ответа на инфекционный агент. Активируют Т-киллеры, В-лимфоциты, моноциты, NK-клетки, способствует выделению цитокинов. 22 подтип Т-хелперов участвуют в иммунном ответе при воспалительных заболеваниях кожи. При этом показатели Т-супрессоров CD8+ оставались в пределах нормы. Учитывая, что, основная функция Т-супрессоров заключается в подавлении аутоиммунных реакций, можем предположить, что кожные проявления коронавирусной инфекции не являются аутоиммунной реакцией организма в ответ на вирусное вторжение и воспаление.

Таким образом, по данным большинства исследований, у больных после перенесенной коронавирусной инфекции подавляется Т-клеточный и активируется В-клеточный иммунитет. При оценке изменений в гуморальном звене иммунитета у больных, перенесших коронавирусную инфекцию, было выявлено значимое повышение В-лимфоцитов по сравнению с контрольными значениями в 1,3 раза у больных в группе сравнения и 1,5 раза в основной группе. Аналогичная картина наблюдалась и в процентном отношении в обеих группах.

Одной из самых существенных характеристик В-системы иммунитета является концентрация сывороточных иммуноглобулинов.

Нами было установлено, что после перенесенной коронавирусной инфекции в крови повышено содержание иммуноглобулина А (превышает нормальные показатели в 2,0-2,9 раза), преобладающего в составе иммунных комплексов. В нашем наблюдении количество Т-лимфоцитов составил в среднем 27,4%, что было на 22,2% ниже нормы, и свидетельствовало об угнетении Т-лимфоцитов под влиянием коронавирусной инфекции. Напротив количество В-лимфоцитов увеличилось на 15% от верхней границы нормы, что свидетельствовало о стрессовом характере данного инфекта и вызванных дерматологических проявлений.

По нашим данным показатели цитокинов у больных с дерматологическими проявлениями после перенесенной коронавирусной были незначительно повышены IL-1 на 12,4%, IL – 2 на 4,3%, IL-6 на 3,1% и TNF-α, что на 5,6% были выше верхней границы нормы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Муминов Д. К. Ранняя реабилитация больных после COVID-19 инфекции (клинико-патогенетические и терапевтические аспекты): дисс....д-ра мед.наук. – Ташкент, 2021. – 213 с.
2. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я., Янковская Я.Д., Бурова С.В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // Архив внутренней медицины. – 2020. - №10 (2). С. 87-93.





- 3.Орипов О. И. Тромбоз кавернозного синуса связанный с COVID-19: особенности офтальмологических признаков, лечение и профилактика.: дисс.канд.мед.наук. – 2022.– 106 с.
- 4.Скальный А.В. Микроэлементозы человека (диагностика и лечение). – Москва: КМК, 2011. - С. 123-124.
- 5.Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Проценко Д.Н. и др. Клиническая характеристика дерматологических проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 // Клиническая дерматология и венерология. – 2020. - № 19 (3).- С. 271–286.
- 6.Романов Б.К. Коронавирусная инфекция COVID-2019 // Безопасность и риск фармакотерапии. - 2020. № 8 (1)- С. 3-8.
- 7.Румянцев А.Г. Коронавирусная инфекция COVID-19. Научные вызовы и возможные пути лечения и профилактики заболевания // Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГиО). - 2020. № 7 (3). - С. 47-53.
- 8.Раимкулова Н. Р. Оценка висцеральных нарушений и их коррекция после COVID-19 инфекции: дисс.....д-ра мед.наук. – Ташкент, 2022. – 211 с.
9. Саидалиев С.С., Мирзабаев Д.С., Мадаминов М.М. Уроки полученные при борьбе от коронавирусной болезни в Республике Узбекистан // Проблемы особо опасных инфекций. - 2020. - №1 (2). - С. 138-140.
- 10.Хрянин А.А., Стуров В.Г., Надеев А.П., Бочарова В.К. Кожные проявления при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 // Вестник дерматологии и венерологии. - 2020. - № 96 (3). – С. 53–62.
- 11.Alhenc-Gelas F, Druke BT. Blockade of SARS-CoV-2 infection by recombinant soluble ACE2 // Kidney Int. - 2020. - P. 48-51.
- 12.American Academy of Dermatology. Guidance on the use of biologic agents during COVID-19 outbreak // last accessed; 8 April 2020. - P. 111-113.
- 13.Abdelmaksoud A, Goldust M, Vestita M. Comment on “COVID-19 and psoriasis: is it time to limit treatment with immunosuppressants? A call for action” // Dermatol Ther. - 2020. - P. 52-56.
- 14.Arora G, Kassir M, Jafferany M et al. The COVID-19 outbreak and rheumatologic skin diseases // Dermatol Ther. - 2020. - P. 40.
- 15.Al-Bari MAA. Chloroquine analogues in drug discovery: new directions of uses, mechanisms of actions and toxic manifestations from malaria to multifarious diseases // J Antimicrob Chemother. - 2021. – Vol.70. - P. 1608– 1621.





УДК: 616.89

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тургунова Азалия Ермековна

студент НАО «Медицинский Университет Караганды»
Караганда, Казахстан

Аннотация: Депрессия является распространенным сопутствующим заболеванием у пациентов с онкологическими заболеваниями, которое значительно увеличивает риск многочисленных негативных последствий для здоровья, однако за помощью обращаются менее 10% пациентов. На данный момент, открытым стоит вопрос о влиянии психологических факторов на течение рака. Клиническая депрессия распространена среди онкологических больных с частотой от 13 до 40% [1]. Депрессия и симптомы депрессии, такие как беспокойство, отвлекаемость, снижение памяти, снижение интереса к деятельности, которая ранее доставляла удовольствие, вялость, социальная изоляция, имеют частоту встречаемости до 50% у онкологических больных, в зависимости от локализации и степени рака [1].

Wulsin и соавт. было показано, что депрессия связана с риском смертности от всех причин, но ее влияние на смертность от рака неясно. Результаты мета-анализа, проведенного Chida и соавт. предполагают, что связь между депрессией и смертностью от рака является надежной [2]. Шпигель и соавт. утверждают, что психологическая терапия была связана с увеличением выживаемости у больных раком, в случае рака молочной железы, меланомы, желудочно-кишечного тракта, лимфомы и рака легких [3]. Таким образом, можно предположить, что раннее выявление депрессии и вовремя оказанная помощь может оказать положительное влияние на продолжительность жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Цель данной обзорной статьи – дать обобщенный анализ депрессии у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: онкология, депрессия.

Оценивая связь между депрессией и увеличением риска смертности от рака, Spiegel и Giese-Davis отмечают, пациенты с депрессией могут с меньшей вероятностью придерживаться процедур профилактического скрининга, лечения рака или рекомендаций по поддержанию здоровья.[3]

Например, пациенты с депрессией будут с меньшей вероятностью заниматься регулярной физической активностью, также согласно Wulsin и соавт. они более склонны курить и злоупотреблять алкоголем [4]. Согласно DiMatteo и соавт. пациенты с онкологическими заболеваниями могут не соблюдать предписанные схемы лечения или пропускать терапию [5] Тем не менее, исследование, проведенное Ayres и соавт., не выявило более низкой приверженности лечению у онкологических больных с депрессией [6].

Согласно Акэтии и соавт. депрессия представляет риск для нераковых причин смерти, таких как самоубийство [7]. Шульц и соавт. наблюдали более сильную связь депрессии и смертности у молодых пациентов, в то время как Pinquart и соавт. обнаружили доказательства более сильной связи депрессии и смертности у самых пожилых больных раком [8].





Результаты мета-анализа Pinquart и соавт. показывают, что наличие депрессии предсказывает повышенный риск смертности у пациентов с онкологическими заболеваниями, при этом, корреляция сохраняется в исследованиях, в которых уровень депрессии оценивался, как до, так и после постановки онкологического диагноза. Связи между депрессией и смертностью сохранялись после учета искажающих медицинских переменных [8].

Almeida и соавт. было изучено влияние эмоциональных, воспалительных факторов уязвимости к депрессии у пациентов с пременопаузальным раком молочной железы. Результаты исследования сообщают, что пациенты с депрессивными расстройствами и раком молочной железы в целом имеют худшие результаты в отношении здоровья. Депрессия была связана с рецидивом рака, смертностью от всех причин и смертностью от рака.

Данное исследование предлагает охарактеризовать группы населения, у которых с большей вероятностью разовьется депрессия для более скорого выявления диагноза и определения лечебной тактики. Без лечения депрессия может привести к долгосрочным разрушительным последствиям в отношении несоблюдения режима лечения, низкой выживаемости, стремления ускорить смерть и низкого качества жизни как пациентов, так и их родственников [9].

В исследовании, проведенном на 227 пациентах с проведенным хирургическим лечением по поводу рака молочной железы, за которыми наблюдали в течение 11 лет, авторы отметили, что группа с психологическим вмешательством имела более низкий риск рецидива рака молочной железы и сниженный риск смертности от всех причин [10].

Кюхлер и соавт. оценивали влияние предоперационного психологического вмешательства на выживаемость пациентов с раком желудочно-кишечного тракта. Результаты их рандомизированного контролируемого исследования показали, что такие предоперационные психологические вмешательства улучшают выживаемость пациентов с раком желудка, поджелудочной железы, колоректальным раком и первичным раком печени [10].

Ranjwani и соавт. было рассмотрено 566 карты онкологических больных, которые были направлены в амбулаторную психоонкологическую клинику за двухлетний период. Исследование включало социально-демографические данные пациентов, характеристики болезни, психиатрические характеристики, психиатрические диагнозы и рекомендации по лечению этих пациентов.

Согласно полученным результатам частота диагнозов психических расстройств составила 97,5%. Наблюдалось следующее распределение: любые виды расстройств адаптации, расстройства настроения, тревожные расстройства, расстройства личности, бредовое расстройство и бессонница.

Рецидив рака, другие хронические медицинские заболевания, психические расстройства в анамнезе, плохая социальная поддержка и низкий доход составляли общие значимые факторы риска расстройств адаптации, расстройств настроения и тревожных расстройств. Эти факторы риска также оказались значимыми в регрессионном анализе с точки зрения пола. Авторами было отмечено, что психологические вмешательства следует рассматривать в первую очередь при легкой и умеренной депрессии, а фармакологическое лечение следует добавлять при более тяжелой депрессии [11].

Апук и соавт. были выделены симптомы, с которыми пациенты обращаются за психиатрической помощью. Они включают проблемы со сном, раздражительность, склонность к легкому плачу, депрессию и боль (несовместимую с состоянием здоровья).





Женщины отмечали проблемы со сном, склонность плакать, раздражительность, озабоченность болезнью и уныние как наиболее частые симптомы, а мужчины сообщали о проблемах со сном, раздражительности, боли, унынии и склонности плакать. Было отмечено, что проблемы со сном являются наиболее заметным симптомом депрессии. Было определено, что частота женщин, обратившихся в амбулаторное отделение психоонкологии, была значительно выше, чем у мужчин. Высоким было число женщин, имеющих диагноз рака молочной железы.

Известно, что женщины с раком молочной железы могут испытывать сильные психологические трудности, вызванные негативными психическими последствиями самого заболевания и лечебных процессов, включая хирургическое вмешательство, химиотерапию, гормонотерапию или лучевую терапию. Другим объяснением может быть то, что женщины более склонны к выражению своих чувств и трудностей, охотнее обращаются за психиатрической помощью, тогда как мужчины склонны воздерживаться от обращения за психологической помощью [12].

Другая причина откладывания обращения за помощью может состоять в том, что они полагают, что могут справиться со своими психологическими проблемами самостоятельно. Клевер и др. сообщили, что 46% пациентов с психологическим дистрессом не получали помощи в лечении, поскольку предпочитали управлять процессом самостоятельно [13].

Предубеждение против получения психиатрического или психологического лечения может быть основным источником сопротивления. В то же время, с точки зрения врачей, опасения, что пациенты могут негативно отреагировать на направление в психоонкологическое отделение, могут помешать врачам направить их. Anuk и соавт. был сделан вывод, что информирование врачей о психоонкологической практике и поддержание активного сотрудничества в области онкологии важно с точки зрения более эффективного предоставления услуг в области психического здоровья [12].

Заключение

Связь депрессии со смертностью имеет клиническое значение. Практикующие врачи должны быть более осведомленными о депрессивных симптомах у онкологических больных. Lloyd-Williams считают, что особое внимание следует уделять рутинным скринингам на депрессию в рамках междисциплинарной оценки онкологических больных [13]. Скрининг на депрессию следует регулярно проводить в условиях лечения рака. Следует рассмотреть возможность направления к специалистам в области психического здоровья.

На данный момент, существуют серьезные задержки в обращении пациентов за психиатрической помощью и в направлении онкологов для психологической оценки. Выявление факторов риска и повышение осведомленности онкологов о факторах риска может помочь большему количеству пациентов получить доступ к психиатрической помощи намного раньше.

Необходимы дополнительные исследования того, может ли лечение депрессии, помимо улучшения качества жизни, продлить выживаемость больных раком, страдающих депрессией.

Психосоциальный стресс и депрессивное расстройство были связаны с раком как предполагаемые факторы ухудшения прогноза.

С другой стороны, диагноз рака является признанным жизненным событием, которое может способствовать развитию депрессии.





СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65:636–643.
2. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*. 2008;5:468–475.
3. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*. 2003;54:269–282.
4. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*. 1999;61:6–17.
5. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160:2101–2107.
6. Ayres A, Hoon PW, Franzoni JB. Influence of mood and adjustment on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38:393–402.
7. Schulz R, Bookwala J, Knapp JE, Scheier M, Williamson GM. Pessimism, age and cancer mortality. *Psychology and Aging*. 1996;11:304–309.
8. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2010 Nov;40(11):1797–810. doi: 10.1017/S0033291709992285. Epub 2010 Jan 20. PMID: 20085667; PMCID: PMC2935927.
9. Almeida SS, Oliveira MA, Medeiros R, Guerra MP, Pariente CM, Fernandes L. Emotional, inflammatory, and genetic factors of resilience and vulnerability to depression in patients with premenopausal breast cancer: A longitudinal study protocol. *PLoS One*. 2023 Feb 14;18(2):e0279344. doi: 10.1371/journal.pone.0279344. PMID: 36787313; PMCID: PMC9928105.
10. Satin JR, Linden W, Philipps MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. 2009;115:5349–5361.
11. Panjwani AA, Li M. Recent trends in the management of depression in persons with cancer. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Sep 1;34(5):448–459. doi: 10.1097/YCO.0000000000000727. PMID: 34224469.
12. Anuk D, Özkan M, Kizir A, Özkan S. The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*. 2019 Sep 3;19(1):269. doi: 10.1186/s12888-019-2251-z. PMID: 31481035; PMCID: PMC6724340.
13. Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*. 2007;99:259–264.





УДК 616.12-008.331-06

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ САРТАНДАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ МЕТА-АНАЛИЗИ

Батырхан Айшолпан,

Ғылыми жетекші: Акалиева Галия Тиллабековна, ассистент-профессор
АеКҚ «Қарағанды медицина университеті»

Аннотация: Қазіргі уақытта әлемде бір миллиард адам артериялық гипертензиямен (АГ) зардап шегеді. АГ жүрек-қантамырлық асқынулардың (ЖҚС) дамуының маңызды қауіп факторы болып табылады және оның кең таралуына байланысты жүрек-қантамыр аурулары мен өлім-жітімге елеулі үлес қосады (35-тен 45%-ға дейін). Халықтың қартаюуына және семіздік, отырықшы өмір салты және темекі шегу сияқты факторлардың рөлінің артуына байланысты 2025 жылға қарай өлім құрылымындағы жүрек-қан тамырлары ауруларының үлесі 60%-ға (1,56 млрд адамға дейін) дейін артады деп күтілуде [1,2]. Бақыланбайтын гипертензиямен байланысты аурушаңдық пен өлім-жітім дәрі-дәрмекке, ауруханаға жатқызуға, хирургиялық араласуға және денсаулық сақтаудың басқа ресурстарына шығындар түріндегі айтарлықтай экономикалық жүктемені тудырады. Артериялық гипертензияның салдары мен тиімді емдеу әдістерінің болуы туралы кеңінен хабардар болуына қарамастан, гипертониямен ауыратын науқастардың 32% -ы тиімді гипертензияға қарсы препараттарды алмайды.

Түйін сөздер: Артериялық гипертензия, жүрек-қантамырлық асқынулар, гипертония

Зерттеу мақсаты: Артериялық гипертензияны емдеудегі сартандардың тиімділігінің салыстырмалы мета-анализін зерттеу.

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Зерттеу әдісі: Аналитикалық-сауалнамалық әдіс, статистикалық әдіс, лабораторлық әдіс

Зерттеу барысы: Ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесі (РААС) сұйықтық көлемінің, су-тұз балансының және қан көлемінің негізгі реттеушісі ретінде әрекет ететін гипертензияның патофизиологиясында шешуші рөл атқарады. РААС белсенділігінің жоғарылауымен ангиотензин II қан тамырларының тарылуын, альдостерон секрециясының жоғарылауын және симпатикалық жүйке жүйесінің белсенділігін тудырады, олар бірге гипертензияның қалыптасуы мен өршуіне ықпал етеді. Ангиотензин II рецепторларының блокаторлары вазодилициямен, вазопрессин секрециясының төмендеуімен және альдостеронның өндірілуімен және секрециясымен жүретін АТ1 қосалқы түрінің ангиотензин II рецепторларының белсендірілуін тежеу арқылы РААС жұмысын реттейді. Бірқатар жылдар бойы гипертонияны емдеуде маңызды рөлді АПВs II атқарады, олар гипертонияны емдеуге арналған дәрілер ретінде ғана емес, сонымен қатар өздерін бірден дерлік гипертензияға қарсы препараттар ретінде жариялады. бірқатар CV оқиғаларының алдын алуға, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі мен бүйрек ауруларын емдеуге арналған перспективалы препараттар. Оларды гипертонияға тағайындау негіздері айтарлықтай кеңейді және бүгінгі күні сартандарды іріктеу үшін ауырсынуды құрғақ жөтел немесе ангионевротикалық ісіну түрінде АСЕ тежегіштерін қолданудың бұрынғы қайғылы тәжірибесі болуы міндетті емес. гипертензияға қарсы препараттар ретінде, яғни. БРА II тәуелсіз мәнге ие болды. Бұл препараттарды қолдану үшін маңызды дәлелдемелік база жасалды және, әрине, сартандар класының жекелеген өкілдерінің тиімділігі мен қауіпсіздігіне салыстырмалы бағалау жүргізу қажет. Бұл мақсатқа Никсон Р.М. т.б. [4],





валсартанның гипертензияны емдеудегі салыстырмалы тиімділігін бағалауға арналған басқа бірқатар АПВ ІІ. Қазіргі уақытта лозартан, валсартан Ресейде кеңінен қолданылады, сирек - эпросартан, ирбесартан, телмисартан, кандесартан. Осы препараттардың әрқайсысында маңызды дәлелдемелік база бар, мысалы, лозартан сол жақ қарыншаның қатар жүретін гипертрофиясы бар гипертензияны емдеуде атенололға қарағанда артықшылығын дәлелдеді (LIFE зерттеуі), ирбесартан оның күшті нефропротекторлық потенциалы бар екенін дәлелдеді (IDNT және IRMA-2 зерттеулері).), эпросартан MOSES зерттеуінде қайталанатын инсульттің дамуын тиімді болдырмайды. Әртүрлі сартандардың гипертензияға қарсы белсенділігін салыстыруға келетін болсақ, осы мәселе бойынша жүргізілген мета-талдаулардың көпшілігі әртүрлі АПВс салыстырмалы белсенділігі туралы хабарлады [5], алайда валсартанның тиімділігі қарастырылмаған немесе ол төмен дозада қолданылған (соңғы уақытқа дейін валсартан негізінен тәулігіне 80 мг дозада қолданылды, ал 2001 жылдан бастап гипертонияны емдеу үшін валсартанның ұсынылатын бастапқы дозасы тәулігіне 160 мг, ең жоғарысы тәулігіне 320 мг құрайды). Валсартан шын мәнінде гипертонияда (VALUE зерттеуі), созылмалы жүрек жеткіліксіздігінде (Val-HeFT зерттеуі) және жедел миокард инфарктісінде (VALIANT зерттеуі) тиімділігі дәлелденген көп дәрілік препарат болып табылады. Осы зерттеулерге енгізілген науқастардың жалпы саны 34 мыңнан асты. Валсартан жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды емдеу үшін тіркелген ІІ класс АПВ бірінші болды. Val-HeFT зерттеуінде [6] 2 жыл ішінде АӨФ тежегіштерін, бета-блокаторларды. Немесе 40-80 мг бастапқы дозада валсартан, содан кейін тәулігіне 2 рет 160 мг-ға дейін жоғарылатылады, немесе жалғасатын емге плацебо қосылды. Ағымдағы терапияға валсартанды, соның ішінде 93% жағдайда ACE тежегіштерін қосу өлім қаупінің және жүрек-қан тамырлары ауруларының 13,2% ($p = 0,009$) төмендеуіне әкелді, бұл негізінен ауруханаға жатқызу санының төмендеуіне байланысты CHF. ACE тежегіштерін қабылдамаған пациенттердің кіші тобында валсартанды қолдану жалпы өлім қаупін 33,1%-ға ($p = 0,017$) және біріктірілген нүктенің даму қаупін (жалпы өлім + жүрек-қан тамырлары аурулары) 44%-ға төмендетті. $p = 0,0002$). Val-HeFT зерттеуінде плацебомен салыстырғанда валсартанмен емдеу кезінде жүрек жеткіліксіздігінің дамуының маңызды маркерлерінің бірі болып саналатын ми натрийуретикалық пептидінің белсенділігінің айтарлықтай төмендеуі байқалды. Валсартанмен емдегенде плацебо тобымен салыстырғанда басқа қолайсыз болжамдық маркер норадреналин белсенділігінің де азырақ жоғарылауы байқалды. Val-HeFT зерттеуінің нәтижелерін қосымша талдау нәтижесінде бұл препараттың жүрекшелер фибрилляциясының дамуын болдырмау қабілеті анықталды. VALIANT зерттеуі [6] жүрек жеткіліксіздігімен және/немесе сол жақ қарынша дисфункциясымен асқынған жедел миокард инфарктісі бар емделушілерде валсартанды жедел МИ ағымы үшін ACE тежегіштерімен салыстырғанда ARB қолдана отырып, қолдануды зерттеді. Зерттеуге МИ дамығаннан кейін 0,5-10 күн ішінде пациенттер қатысты. Осы зерттеуге сәйкес, тәулігіне 2 рет 160 мг дозада валсартанмен монотерапия сол жақ қарынша дисфункциясы және/немесе жүрек жеткіліксіздігі бар инфаркттан кейінгі науқастарды емдеуде каптоприлмен 50 мг 3 рет дозада монотерапия сияқты тиімді болды. /күн. Ұқсас жағдайда бұрын дәлелденген. Валсартанның ең жақсы төзімділігін атап өткен жөн. Алайда, ACE тежегіштерімен және ARB біріктірілген ем тек ACE тежегішімен салыстырғанда МИ-ден кейінгі пациенттерде болжамды қосымша жақсартуды қамтамасыз етпеді. VALIANT нәтижелері бойынша екі препаратты жүрек-қантамырлық асқынулардың қаупі жоғары емделушілерде жедел миокард инфарктісінде бірдей қолдануға болады. Таңдау осы препараттардың төзімділігі мен құнына байланысты анықталады. KYOTO HEART зерттеуінде [4] бақыланбайтын гипертензиясы және асқыну қаупі жоғары емделушілерде жалғасып жатқан антигипертензивті емге қосылған валсартанның тиімділігі 3031 пациентте бағаланды. Пациенттер тәулігіне 320 мг дейінгі дозада қосымша валсартан





қабылдау үшін рандомизацияланған. және ARB-дан басқа препараттарды қабылдайтын топ. Бастапқы соңғы нүкте барлық өлімге әкелетін және өлімге әкелмейтін жүрек-қан тамырлары оқиғаларының қосындысы болды. Орташа бақылау кезеңі 3,3 жыл болды. Екі топта да қан қысымын бақылаудың бірдей деңгейіне қол жеткізілді: қысым 157/88-ден 133/76 мм сын.бағ. дейін төмендеді. Валсартан тобындағы емделушілерде басқа топпен салыстырғанда бастапқы соңғы нүктедегі құбылыстардың даму қаупі 45%-ға айтарлықтай төмендеді. Осылайша, жеткіліксіз бақыланатын гипертониялық науқастарды емдеуге валсартанды қосу мақсатты деңгейге жетуге мүмкіндік беріп қана қоймай, болжамды айтарлықтай жақсартты.

VALUE зерттеуінде (2018) валсартанның дозасы да тәулігіне 80 мг-ден 160 мг-ға дейін көтерілді. [1], бұл зерттеулер валсартанның жоғары тиімділігін көрсеткендіктен, салыстырмалы дозаларда валсартан мен басқа сартандардың әсерін салыстыру орынды. Никсон Р.М. т.б. [4] 2009 жылы үлкен мета-талдау жүргізген кезде (13 мың пациент) алдыңғы мета-анализдердің кемшіліктері ескерілді, талдау үшін әртүрлі сартандар салыстырмалы дозада тағайындалған зерттеулерді таңдады, соның ішінде жоғары дозада қолданылатын валсартанмен зерттеулер. (160–320 мг/тәу).



ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

Зерттеу нәтижесі: Зерттелген егеуқұйрықта бұрын хабарланғандай, сонымен қатар сауалнамалық-статистикалық зерттеулер нәтижесінде, мета-анализдің мақсаты эссенциалды гипертензиясы бар науқастарда систолалық (СҚК) және диастолалық (ҚДҚ) қысымды төмендетудегі әртүрлі сартандардың салыстырмалы тиімділігін зерттеу болды. Біз 1997 жылдың қазанынан 2018 жылдың мамырына дейінгі кезеңде жүргізілген қысқа мерзімді, перспективалық, рандомизацияланған, қос соқыр, бақыланатын зерттеулердің нәтижелерін талдадық, онда гипертониялық науқастар (18 жастан асқан адамдар 1-Артериялық қысымның 2 градус жоғарылауы, ДҚК – 90–115 мм с.б.) кем дегенде бір сартан қолданылған. Ағылшын және неміс тілдеріндегі MEDLINE, EMBASE, EMBASE Alert дерекқорлары, сондай-ақ Cochrane жүйелі шолулары мен клиникалық сынақтар және ғылыми дәйексөздер дерекқорлары (SciSearch) пайдаланылды.

Препараты	Низкие дозы, мг	Средние дозы, мг	Высокие дозы, мг
Лозартан	50	100	–
Валсартан	80	160	320
Кандесартан	8	16	32
Ирбесартан	–	150	300
Телмисартан	–	40	80
Олмесартан	10	160	320





Мета-анализге барлығы 31 зерттеу (13 110 пациент) енгізілді, әртүрлі сартандарды пайдаланатын зерттеулер саны бойынша бөлу көрсетілген. Мета-анализ авторлары дәрілік заттардың дозасын титрлеу жүргізілген зерттеулерді ғана қамтыды. орындалмады немесе мәжбүр болды. Сонымен қатар сартандардың дозалары «төмен», «орташа» және «жоғары» деп жіктелді. Мета-анализ нәтижелерін бағалау кезінде авторлар ең алдымен барлық АПВ әсерінің қолданылатын препараттардың дозасымен байланысын атап өтті. Валсартанның әртүрлі дозаларымен СКҚ және ҚДҚ төмендеуі туралы деректер келтірілген. Оның үстіне 160 мг дозадағы валсартан 100 мг дозадағы лозартанға және 150 мг/тәулік дозадағы ирбесартанға қарағанда тиімдірек болды. Осылайша, валсартан лозартанға (3,31 мм сын.бағ.) және ирбесартанға (3,56 мм сын.бағ.), ал ДҚҚ - лозартанға (1,95 мм сын.бағ.), ирбесартанға (2,06 мм сын.бағ.) және DBP қарағанда жақсырақ төмендеді. кандесартан (1,85 мм сын. бағ. Баламалы дозаларда қолданғанда әртүрлі сартандардың тиімділігінде басқа статистикалық маңызды айырмашылықтар табылған жоқ. Бұл деректерді нақтылау үшін мета-анализ авторлары әртүрлі препараттарды бір-бірімен тікелей салыстыру арқылы арнайы әзірленген рандомизацияланған клиникалық зерттеулер жүргізуді ұсынады.

Қорытынды: Қазіргі уақытта Қазақстан нарығында Valz (фармацевтикалық компания Actavis) препараты пайда болды. Вальздың айрықша ерекшелігі бастапқы валсартандағыдай тіркелген барлық үш көрсеткіштің болуы болып табылады: гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі және жедел миокард инфарктісі бар науқастардың өмір сүруінің жоғарылауы. Бұл дәрігер тағайындалатын дәріні таңдағанда маңызды болуы мүмкін. Валсартанмен салыстырғанда қан қысымын анағұрлым айқын төмендететін валсартан + гидрохлоротиазид Valz N біріктірілген препаратының болуын атап өткен жөн. Биозквивалентті зерттеу нәтижелері бойынша Вальздың бастапқы валсартанға баламалы екендігі дәлелденді. Valz жоғары тиімділік пен салыстырмалы түрде төмен бағаны біріктіреді, бұл препаратты пациенттердің көпшілігі үшін қолжетімді етеді.

ӘДЕБИЕТ:

1. ➤ Керни П.М., Уэлтон М., Рейнольдс К., Мунтнер П., Уэлтон П.К., Хе Дж. Глобальное бремя артериальной гипертензии: анализ общемировых данных. Ланцет 2005; 365: 217-23.
2. ➤ Уитворт Дж.А. Заявление Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) / Международного общества гипертоников (ISH) о лечении гипертензии. J Hypertens 2003; 21: 1983-92.
3. ➤ Хайман ди-джей, Павлик В.Н. Характеристика пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в Соединенных Штатах. N English J Med 2001; 345: 479-86.
4. ➤ Никсон Р.М., Мюллер Э., Лоуи А., Фалви Х. Валсартан в сравнении с другими блокаторами рецепторов ангиотензина II в лечении артериальной гипертензии: метааналитический подход. Международная клиническая практика 2009; 63 (5): 766-775.
5. ➤ Баге Дж.П., Легаллисе Б., Аукье П., Робитейл С. Обновленный метааналитический подход к оценке эффективности антигипертензивных препаратов в снижении артериального давления. Клиническое исследование лекарственных средств 2007; 27: 735-53.
6. ➤ Конлин П.Р., Спенс Дж. Д., Уильямс Б. и др. Антагонисты ангиотензина II при артериальной гипертензии: существуют ли различия в эффективности? Am J Hypertens 2000; 13 (4 Pt 1): 418-26





УДК 617.559-009.76:578.834.1-06-07-085

COVID-19 ОПЕРАЦИЯСЫНАН ӨТКЕН БЕЛ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА МЕЛОКСИКАМНЫҢ КОАГУЛОГРАММА ПАРАМЕТРЛЕРІНЕ ӘСЕРІ

Таскимбаева Акжан Муратовна,

Ғылыми жетекші: Акалиева Галия Тиллабековна, ассистент-профессор
АеКҚ «Қарағанды медицина университеті»
Қарағанды, Қазақстан

Аннотация: Ф.Бакылан және т.б. жақында жүргізген зерттеуге сәйкес. (2021) [1] тірек-қимыл аппаратының белгілері COVID-19-дан аман қалғандардың 85,7%-да пайда болды немесе нашарлады. Арқадағы, бұлшықеттердегі және буындардағы ауырсыну ең жиі кездесетін белгілердің бірі болды. Инфекциядан кейін тірек-қимыл аппаратының ауырсынуының пайда болуы, мүмкін, гиперкоагуляция және қабыну процестерін күшейтетін бұлшықеттер мен перифериялық нервтердің тікелей біріншілік зақымдануымен және екіншілік гипоксиямен түсіндірілуі мүмкін, сонымен қатар микротромбоздың дамуымен микроциркуляцияның бұзылуы. 2]. Вирус иммундық жасушалардың Fc рецепторларымен немесе плазма ақуыздарымен байланысу арқылы «микробтық» ақуыздардың және тромбоциттік пептидтердің, соның ішінде тромбоциттік фактор (PF) 4, Т-клеткалары, белсендіру кезінде Т жасушалары экспрессияланатын және секрецияланатын хемокиннің шығарылуын белсендіреді (Белсендіруге, экспрессияға және секрецияға арналған қалыпты Т-жасушаға, RANTES) және фибринопептид В. RANTES қан моноциттеріне, Т-хелперлер мен эозинофилдерге химиатрактант ретінде әрекет етеді, базофилдерден гистаминнің бөлінуін тудырады, микроангиопатияның дамуына әкелетін эозинофилдерді белсендіреді. және коагулопатия. COVID-19 тромбозының жоғарылауына ықпал ететін механизмдер толық түсінілмеген. Х. Хiong және т.б. жүргізген мета-талдауға сәйкес, COVID-19 бар науқастарда тромбоздың таралуы. (2021) [3], 22% (95% сенімділік интервалы (CI) 0,08-0,40) құрады және қарқынды терапия бөлімшелерінде және қарқынды терапияда ауруханаға жатқызылған науқастар арасында 43% (95% CI 0,29-0,65) дейін өсті.

Кілт сөздер: COVID-19, тромбоз, коагулограмма, неврология, мелоксикам, Амелотекс, NSAID.

Жұмыстың мақсаты: COVID-19-дан кейін бел ауруы бар науқастарда мелоксикамның коагулограмма параметрлеріне әсерін зерттеу.

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Аналитикалық-сауалнамалық әдіс, ретроспективті зерттеу әдісі, Лабораторлық әдіс, статистикалық әдіс. Жергілікті этикалық комитеттің рұқсаты алынды (13.01.2022 ж. № 13/1 хаттама).

Зерттеуге COVID-19 жұқтырған және қосу критерийлеріне сәйкес келген 50 пациент (30 әйел, 20 ер) қатысты.

Қосылу критерийлері: Зерттеуге енгізілгенге дейін 40 күннен 90 күнге дейінгі кезеңде COVID-19 кейінге қалдырылды (бұрын ELISA немесе ПТР арқылы тексерілген). Диагноз: дорсопатия / бел аймағындағы ауырсыну (ICD-10 бойынша коды М.54.-М.54.5); бейнелеу әдістерімен расталады (рентгенография, МРТ).

Жасы 35 жастан 50 жасқа дейін. Созылмалы аурулардың болмауы. 10 баллдық визуалды аналогтық шкала бойынша ауырсынуының ауырлығы >5 балл.

Зерттеуге қатысуға ақпараттандырылған келісімге қол қойылған.

ЖРВИ және COVID-19 аурудың жедел сатысында. Тромбоз қаупінің жоғарылауымен байланысты аурулардың болуы (атриальды фибрилляция, варикозды веналар, күрделі сынықтардан кейінгі жағдайлар). Зерттеуге жазылардан 7-14 күн бұрын





антикоагулянттарды және/немесе антиагреганттарды қабылдау. Зерттеуге жазылар алдында 7 күн ішінде басқа NSAID-терді қабылдау. Анамнезінде анемия немесе тромбоцитопения. Артериялық гипертензияның ауыр немесе тұрақсыз ағымы, қан қысымының деңгейі 200/115 мм сын.бағ. жоғары. Ауыр соматикалық аурулар (жүректің ишемиялық ауруларының ауыр түрлері, онкологиялық аурулар, созылмалы өкпе, бүйрек және бауыр жеткіліксіздігі, асқазанның немесе он екі елі ішектің шырышты қабатындағы эрозиялық және ойық жаралы өзгерістер, ішектің қабыну аурулары және т.б.), басқалар (тамырлық емес) орталық жүйке жүйесінің аурулары, эпилепсия. Зерттеуге енгізілгенге дейінгі соңғы айдағы жедел немесе өтпелі жедел цереброваскулярлық бұзылыс (АКВ). Шұғыл нейрохирургиялық араласуға көрсеткіштер. Зерттелетін препараттың белсенді немесе қосымша заттарына жоғары сезімталдық. Жүктілік, бала емізу кезеңі. Бронх демікпесінің толық немесе толық емес комбинациясы, мұрынның және параназальды синустардың қайталанатын полипозы және ацетилсалицил қышқылына және басқа NSAID-ке төзбеушілік (соның ішінде тарих). Ауырсыну синдромының терапиясына мелоксикам, бұлшықет ішіне енгізуге арналған ерітінді 10 мг/мл (Амелотекс®), бұлшықет ішіне 1,5 мл 1 р/тәу 10 күн бойы тағайындау кіреді. Барлық емделушілер бірінші тексерілу кезінде (1-визит) және терапия аяқталғаннан кейін 14 күннен кейін (2-визит) қаралды. Әрбір тексеру кезінде неврологиялық жағдай бағаланды, оның ішінде VAS сәйкес ауырсынуудың ауырлығы, 1 және 2 сапардан кейін бір күннен кейін зертханалық зерттеулер жүргізілді: тромбоциттер саны, ESR, C-реактивті протеинмен толық қан анализі (CBC) (CRP) деңгейі, белсендірілген ішінара тромбопластин уақыты (АПТТ), тромбин уақыты (ТВ), протромбин индексі (ПТИ), фибриноген деңгейі, D-димер. Емдеу кезеңінде болған барлық жағымсыз реакциялар, жиілігі мен сипаты, олардың зерттелетін препаратпен байланысы бағаланды.

Нәтижелерді статистикалық өңдеу статистикалық 10 бағдарламалық қамтамасыз ету маңыздылық деңгейін (p) есептеу арқылы жүзеге асырылды. Өңдеу үшін параметрлік критерийлер пайдаланылды. I типті қатенің ықтималдығы 5%-дан аз болса, айырмашылықтар статистикалық маңызды деп саналды ($p < 0,05$).

Зерттеу барысы: Науқастардың орташа жасы $45,7 \pm 3,5$ жасты құрады. ВАШ бойынша ауырсыну синдромының қарқындылығы бастапқыда 6-дан 8 баллға дейін өзгерді (орташа мән — $7,6 \pm 1,5$). Зерттеуге енгізілген науқастардың 88% -ында жеңіл инфекция, 12% -ында кеуде қуысының КТ-сы бойынша орташа инфекция болды.

Мелоксикаммен 10 күндік терапиядан кейін тексерілген пациенттердің 100% ауырсыну синдромының төмендеуін көрсетті — орташа ВАШ мәні $3,6 \pm 1,1$ ($p < 0,001$), ал кейбір жағдайларда төменгі (2) және жоғары мәндер болды. мәндері (6), бұл кейбір науқастарда созылмалы ауырсыну синдромының пайда болуына ықпал ететін аффективті бұзылулардың (мазасыздық/депрессия) болуына байланысты болуы мүмкін. Жаңа коронавирустық COVID-19 инфекциясы қабынуға қарсы реакциялармен қатар жүретінін ескере отырып, стандартты маркерлер талданды: лейкоциттер формуласын, тромбоциттер санын, ЭТЖ, ауырлық дәрежесіне әсер етуі мүмкін СРБ деңгейін анықтау. ауырсыну синдромы.





Показатель	До лечения (Визит 1)	После лечения (Визит 2)
Лейкоциты, $\times 10^{12}/л$	8,96 $\pm$ 1,5	8,26 $\pm$ 1,9
СРБ, мг/л	7,41 $\pm$ 2,06	3,23 $\pm$ 1,2*
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	236,45 $\pm$ 35,28	247,38 $\pm$ 25,3*
СОЭ, мм/ч	8,88 $\pm$ 3,14	5,26 $\pm$ 1,97**

Примечание. * — $p < 0,02$, ** — $p < 0,01$.

Жедел қабыну процесі тірек-қимыл аппаратының ауырсыну синдромдарында ауырсыну процесін күшейтеді. Емдеуге дейін және одан кейін лейкоциттер деңгейінде статистикалық маңызды ($p=0,479$) өзгерістер болған жоқ. ESR емдеуге дейін анықтамалық мәндерден аспаса да, 14 күннен кейін мелоксикамды қолданғанда бұл көрсеткіштің статистикалық

маңызды төмендеуі байқалды. Созылмалы қабыну қолайсыз жағдайлар (маусымдық ЖРВИ, бактериялық инфекциялар, қатар жүретін патологиялардың өршуі, жарақаттар) болған кезде ауырсырудың қайталану санының артуына ықпал ететін фактор болып табылады. COVID-19-мен тірек-қимыл аппаратының белгілерін дамытатын немесе нашарлататын науқастарда тромбоциттер деңгейі төмен және CRP деңгейі жоғары болады. Барлық тексерілген пациенттерде тромбоциттер санының орташа төмендеуі байқалды, терапияның соңында тромбоциттер деңгейінің статистикалық маңызды жоғарылауы байқалды ($p < 0,002$). CRP – қабыну/инфекциялық процестер кезінде қабынуға қарсы цитокиндерге жауап ретінде гепатоциттер синтездейтін жедел фазалық ақуыз, оның деңгейінің жоғарылауы реактивті қабынуға сәйкес келеді. Ол ұзақ уақыт бойы жедел қабынудың маркері болып саналғанымен, соңғы зерттеулер CRP әртүрлі созылмалы қабыну ауруларында маңызды реттеуші рөл атқаратынын көрсетті. Емдеуге дейін барлық тексерілген науқастарда CRP деңгейі сәл жоғарылады; терапиядан кейін 14 күннен кейін ол статистикалық айтарлықтай төмендеді ($p < 0,002$), бұл қабынудың ауырлығының төмендеуін көрсетеді. Коагулограмма параметрлерінің динамикасы мелоксикамның бүкіл коагуляция жүйесіне статистикалық маңызды әсерінің жоқтығын растады.

Показатель	До лечения (Визит 1)	После лечения (Визит 2)
АЧТВ, с	24,8 $\pm$ 1,6	24,8 $\pm$ 1,6
Фибриноген, г/л	4,5 $\pm$ 1,06	4,5 $\pm$ 1,06
ТВ, с	10,2 $\pm$ 0,06	10,2 $\pm$ 0,01
ПТИ, %	100,6 $\pm$ 9,2	100,6 $\pm$ 7,2
D-димер, нг/мл	220,08 $\pm$ 99,44	204,18 $\pm$ 55,95*

Примечание. * — $p < 0,006$.

D-dimer анықтамасы COVID-19 жаңа коронавирустық инфекциясының ауырлық дәрежесінің болжамды критерийі болып табылады. Жоғары деңгей тромбоз процестерінің белсенді жалғасуын көрсетеді. Емдеуден кейін пациенттерде D-dimer деңгейі статистикалық тұрғыдан айтарлықтай төмендеді, бұл пост-COVID синдромының ұзақтығына және имунотромбоз ауырлығының төмендеуіне байланысты болуы мүмкін. Белсендірілген жартылай тромбопластіндік уақыт II, V, VIII, IX, X, XI, XII факторлардың белсенділігін қамтитын қан ұюының ішкі жолын сипаттайды. Бұл көрсеткіштің төмендеуі қанның коагуляция процестерінің жеделдеуін көрсетеді, яғни тромб түзілуінің жоғарылауы. Бұл гемостаздың ең сезімтал көрсеткіші. АРТТ-тің 24 секундтан жоғары артуы COVID-19 бар емделушілерде коагулопатияның болуын көрсетеді, алайда аурудың кеш, ауыр кезеңдерінде АРТТ ұзаруы әрқашан фибриноген деңгейінің жоғарылауымен сәйкес келе бермейді. Жеңіл инфекцияларда АРТТ аздап





өзгеруі мүмкін. Зерттеуге енгізілген барлық емделушілерде емдеуге дейін көрсеткіштердің жоғарылауы байқалмады және одан кейін өзгеріссіз қалды, бұл қосымша зерттеуді қажет етеді. Фибриноген - I коагуляция факторы, бауырда синтезделіп, фибринге айналатын ақуыз. Бұл жедел фазалық ақуыз. Тромб түзілуінің жоғарылауымен, әртүрлі қабыну ауруларымен бұл ақуыздың синтезі күшейеді. Стандартты дозаларда жүргізілген терапия тромб түзілудің бұл белгісіне де әсер еткен жоқ. Тромбоз – қан плазмасына тромбин (II факторы) қосылғанда фибрин ұйығышының түзілуіне қажетті ұю уақыты, ол тамырдың зақымдануы кезінде қан ұю факторларының әрекеттесуі кезінде пайда болады. Тромбоз фибриногеннің деңгейі мен белсенділігіне байланысты. Арқа ауруы бар емделушілерде ТІ мәні әдетте фибриноген деңгейімен корреляцияланған және 14 күндік терапиядан кейін өзгерген жоқ. Зерттеу барысында мелоксикамды қолдану фонында жағымсыз реакциялар тіркелген жоқ. Үнемі жиналатын деректерге сүйене отырып, зерттеу NSAID қолдану кезіндегі COVID-19-мен байланысты тромбоздың жоғары қаупін (барлық шаралар) көрсетпеді. Осылайша, мелоксикаммен терапия скринингтік коагулограмманың параметрлерін өзгертпеді, бұл басқа зерттеулердің нәтижелерімен де расталады. NSAID қолданудың ұзақ мерзімді әсерлерін және емдеу сәтсіздігінің ықтимал себептерін анықтау үшін болашақта кең ауқымды ретроспективті және проспективалық эпидемиологиялық зерттеулер жүргізілуі керек.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

Зерттеуді негіздеу үшін аналитикалық-сауалнама әдісі жүргізілген болатын. Сауалнама «Қарағанды медицина университеті» 4-6 курс студенттері арасында жүргізілді. Сауалнама 1 бөлімнен, яғни кіріспелік бөлімнен құрастырылды, сауалнама мақсаты студенттер арасындағы тақырыптың актуалдылығын анықтау болды. Сауалнамаға аналитика жүргізсек, сауалнамаға 75 респондент қатысты. 33 әйел, 42 ер адам қатысты. Зерттеуді қорытындылау үшін, лабораторлық әдіс жүргізген болатынбыз. Зерттеуге 2 егеуқұйрық алынды, 1 норма, 2 пневмониядан кейінгі патология, препарат Мелоксикам енгізген болатынбыз. Препаратты егеуқұйрықтың сан артериясы арқылы инвазивті түрде енгіздік. Егеуқұйрықты 1 тәулік бақылауға алып, 1 тәуліктен кейін диагностика жасаған болатынбыз.



Қорытынды: Диагностикаларды қорытындылай келе, препарат мелоксикам (Амелотекс®), бұлшықет ішіне енгізуге арналған ерітінді COVID-19 емделушілерде коагулограмма параметрлеріне әсер еткен жоқ, бұл әсіресе АРТТ, РТИ, ТТ өзгерістері болмаған кезде айқын көрінеді. Мелоксикамды COVID-19 ауруынан кейін тірек-қимыл аппаратының ауырсыну синдромы бар емделушілерде қолдану мүмкін. Ковидтен кейінгі кезеңде тромбоз қаупі NSAID-ті жоспарлы терапевтік қолдану туралы шешімге әсер етпеуі керек, дегенмен, тағайындау уақыты мен NSAID қолдану ұзақтығы қосымша зерттеуді қажет етеді.





ӘДЕБИЕТ:

1. Bakılan F., Gökmen İ.G., Ortanca B. et al. Тірек-қимыл аппаратының белгілері және онымен байланысты факторлар. Int J Clin Pract. 2021;75(11):e14734. DOI: 10.1111/ijcp.14734.
2. Loo J., Spittle D.A., Newnham M. COVID-19, имунотромбоз және веноздық тромбозмболия: биологиялық механизмдер. Кеуде. 2021;76(4):412–420. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2021-216243.
3. Xiong X., Chi J., Gao Q. COVID-19 бар науқастарда тромбоздық оқиғалардың таралуы және қауіп факторлары: жүйелі шолу және мета-талдау. Thromb J. 2022;19(1):32. DOI: 10.1186/s12959-021-00284-9.
4. Drake T.M., Fairfield C.J., Pius R. et al. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қолдану және ISARIC клиникалық сипаттама хаттамасындағы COVID-19 нәтижелері Ұлыбритания когорты: сәйкес келетін, перспективалық когортты зерттеу. Лансет ревматол. 2022;3(7):e498–e506. DOI: 10.1016/S2665-9913(21)00104-1.
5. Вонг А.Ю., МакКенна Б., Мортон С.Э. т.б. Қабынуға қарсы стероидты емес препараттарды қолдану және COVID-19-дан өлім қаупі: екі когортаға негізделген OpenSAFELY когорттық талдау. Энн Ревм Дис. 2021;80(7):943–951. DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-219517.
6. Онуора С. NSAID-тер COVID-19-ның нашар нәтижелерімен байланысты емес. Нат Рев Ревматол. 2022;17(7):378. DOI: 10.1038/s41584-021-00645-8.





СОДЕРЖАНИЕ CONTENT

ЖУНУСОВА ДАРИНА НУРЖАНОВНА (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) «СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ССС: ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ»	3
ЮНУСОВ ТИМУР АБДУВАЛИЕВИЧ (БИШКЕК, КЫРГЫЗСТАН) КЛИНИЧЕСКИ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА.....	8
ЮНУСОВ ТИМУР АБДУВАЛИЕВИЧ (БИШКЕК, КЫРГЫЗСТАН) КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА	11
SEITZHANOVA AYKHANYM DULATKYZY (KARAGANDA, KAZAKHSTAN) PARAMETERS OF THE POL-AOP SYSTEM IN THE BLOOD AND MIXED SALIVA OF PATIENTS WITH CHRONIC CATARIAL GINGIVITIS	15
БАБАНОВ С.А., СТРИЖАКОВ Л.А., ОСТРЯКОВА Н.А., ЛЫСОВА М.В. МЕХАНИЗМЫ АМОРТИЗАЦИИ СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ КОПИИНГ-СТРАТЕГИЙ	18
ЗОИТОВА Н.М., ЮЛДАШЕВА Д.Ю., АХМЕДОВА М.Т., МАКСУДОВА М.М. (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) РОЛЬ ФЕРРИТИНА В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПОЛОДОТВОРЕНИЯ	22
БЕРТАЕВ БАУЫРЖАН ЛЕСБЕКҰЛЫ, КАЛДЫГОЗОВА ГАЛИЯ ЕРКИНБЕКОВНА (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ, ҚАЗАҚСТАН) ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША 2011 – 2021 ЖЫЛДАРДАҒЫ ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ СКРИНИНГ ТӘСІЛІНІҢ НӘТИЖЕСІ	26
БЕРТАЕВ БАУЫРЖАН ЛЕСБЕКҰЛЫ, КАЛДЫГОЗОВА ГАЛИЯ ЕРКИНБЕКОВНА (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ, ҚАЗАҚСТАН) ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ӨңІРІНДЕГІ БАУЫР ЦИРРОЗЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА АЗ ИНВАЗИЯЛЫҚ ОТАЛАР КЕЗІНДЕГІ ӨңЕШТІ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ	31
БЕРТАЕВ БАУЫРЖАН ЛЕСБЕКҰЛЫ, КАЛДЫГОЗОВА ГАЛИЯ ЕРКИНБЕКОВНА (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ, ҚАЗАҚСТАН) СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СКРИНИНГІ	35
БЕРТАЕВ БАУЫРЖАН ЛЕСБЕКҰЛЫ, КАЛДЫГОЗОВА ГАЛИЯ ЕРКИНБЕКОВНА (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ, ҚАЗАҚСТАН) ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ӨңІРІНДЕГІ СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ 2013-2017 ЖЫЛДАРДАҒЫ РЕТРОСПЕКТИВТІ АНАЛИЗІ	38
АУЛЕЙСОВА С.Қ., НУРУШЕВ Т.Қ., АМАНҒАЗЫҚЫЗЫ Б., АБЕНОВА А.С., ДАУЛЕТХАНОВА А.Қ., МӘДЕНИЕТБЕКҚЫЗЫ М., ТЕПЕ А.А. (АСТАНА, КАЗАХСТАН) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ	42
BERDIKEY M.B., MAKHMETOVA A.K., KNEGAY O.V., RAKHMETOVA N.B., ASEMOVA G.D., VOTBAYEVA M.T., AKIMBEKOVA G.M. (ASTANA, KAZAKHSTAN) MONITORING OF SALMONELLA SOWING AMONG POULTRY PRODUCTS IN 2016- 2022.....	45
ФАЗЫЛОВ АКРАМ АКМАЛОВИЧ, РАШИДОВА ХУРШИДА АБДУВОХИДОВНА, СОИПОВА ГУЗАЛ ГУЛОМИДДИН КИЗИ (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	48
И.М. НИГМАТОВА, М.Б. АРАЛОВ, М.Ш. ЗИКИРОВА, М.Х. ИСМОИЛОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗМЕРОВ НЕПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ПО ТАНАКА ДЖОНСОНУ	51





НИГМАТОВ Р.Н., АКБАРОВ К.С., КАДИРОВ Ж.М., АРАЛОВ М.Б. (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БОЛТОНА ДЛЯ БИОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ.....	55
ТУЛКИБАЕВА ШЫНАРАЙ КАЛМУРАТОВНА (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) ЕРЕСЕКТЕРДЕГІ АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕ АМБУЛАТОРЛЫ ДЕҢГЕЙДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН НЕГІЗГІ ДӘРІЛІК ЗАТТАРҒА ШОЛУ. (АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ХАТТАМАЛАРЫ НЕГІЗІНДЕ)	59
КЛЕБЛЕЕВА ГУЗАЛЬ ДАВЛЯТОВНА (САМАРКАНД, УЗБЕКИСТАН) ОПТИМИЗАЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	63
ТУРГУНОВА АЗАЛИЯ ЕРМЕКОВНА (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	67
БАТЫРХАН АЙШОЛПАН (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ САРТАНДАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ МЕТА-АНАЛИЗІ	71
ТАСКИМБАЕВА АКЖАН МУРАТОВНА (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) COVID-19 ОПЕРАЦИЯСЫНАН ӨТКЕН БЕЛ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА МЕЛОКСИКАМНЫҢ КОАГУЛОГРАММА ПАРАМЕТРЛЕРІНЕ ӘСЕРІ	75





Научное издание

МАТЕРИАЛЫ
Международного научно-методического
журнала
**«GLOBAL SCIENCE AND INNOVATIONS 2023:
CENTRAL ASIA»**

Сборник научных статей
Ответственный редактор – Е. Абиєв
Технический редактор – Е. Ешім

Подписано в печать 20.04.2023
Формат 190x270. Бумага офсетная. Печать СР
Усл. печ. л. 25 п.л. Тираж 10 экз.

