



№2
2024

Global science and innovation: Central Asia

INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL JOURNAL

APRIL 15, 2024



OJS
OPEN
JOURNAL
SYSTEMS

[@bobek_organization](#)
[t.me/bobek_science](#)

+7 776 181 86 88
+7 701 475 16 38

Astana, Kazakhstan
conferences2019.kz@gmail.com



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

ISSN 2664-2271



**«ГЛОБАЛЬНАЯ НАУКА И ИННОВАЦИЯ 2024:
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ»**

**№22. АПРЕЛЬ 2024
СЕРИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»
Журнал основан в 2018 г.**

I 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. Ешім (Казахстан)

АСТАНА – 2024

**© ОЮЛ в форме ассоциации
«Общенациональное движение «Бобек», 2024**



**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 2024:
CENTRAL ASIA»**

**No.22. NOVEMBER 2024
SERIES "MEDICAL SCIENCES"
The journal was founded in 2018.**

I 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 – 2024

**Consolidation of legal entities in the form of an
association «National Movement «Bobek», 2024**

УДК: 616-006.446.2

ОБЩАЯ СОВОКУПНОСТЬ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Куракбаев Едил Бекбаевич

Докторант PhD, специальность «медицина», КМУ «ВШОЗ».

Научный руководитель – Турдалиева Ботагоз Саитовна.

Алматы, Казахстан

Аннотация: В среднем шесть тысяч случаев острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) выявляется в США ежегодно, больше половины случаев приходится на детский возраст и является самой частой причиной смерти в возрасте до 20 лет. [1,2]. Лечение пациентов с раком крови достигли значительных успехов за последние десятилетия, что привело к увеличению выживаемости, но некоторых детей все еще необходимо госпитализировать в отделения интенсивной терапии (ОИТ), из-за ухудшения их клинического состояния.

Ключевые слова: отделение интенсивной терапии, острый лимфобластный лейкоз, дети.

Мы провели исследование за три года (2020-2022гг.), детей с диагнозом ОЛЛ, которые были госпитализированы в ОИТ. Ниже приведена общая совокупность детей с диагнозом ОЛЛ, поступивших в ОИТ Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦПДХ).

Диаграмма 1. Совокупность возрастной и половой принадлежности детей с диагнозом ОЛЛ, поступивших в ОИТ. Данная диаграмма показывает, что численной разницы между мальчиками и девочками госпитализированных в ОИТ практически нет, мальчиков больше всего на 6.

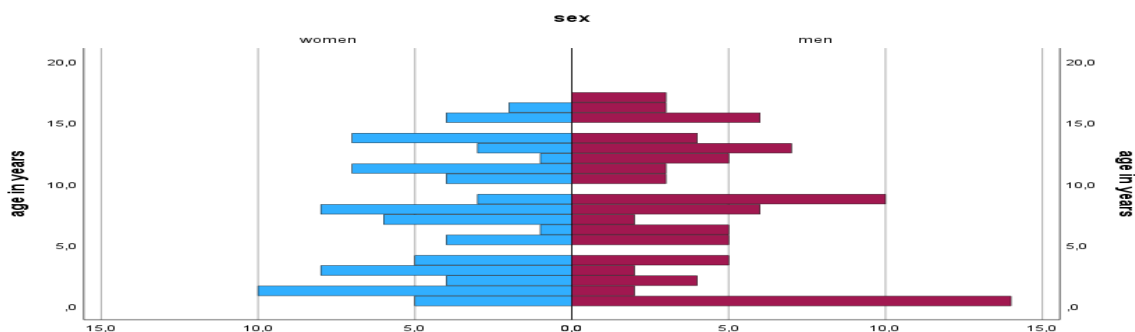


Диаграмма 2. Все поступившие пациенты были распределены на 5 возрастных групп, где в трех возрастных группах относительно больше мужского пола чем женского пола в таких же аналогичных группах.

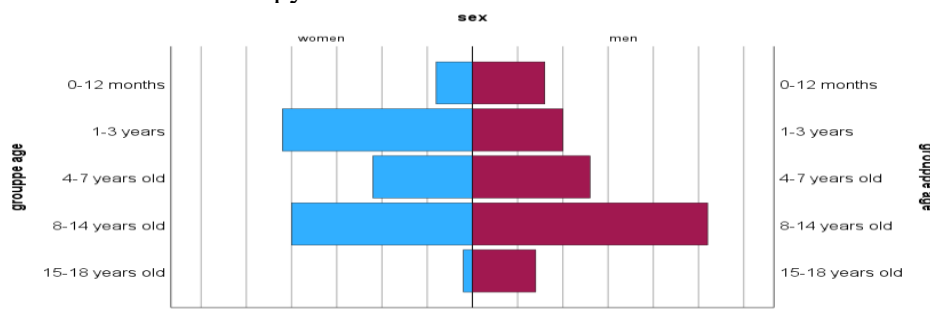




Диаграмма 3. Демонстрирует сколько раз пациенты повторно поступали в ОИТ.

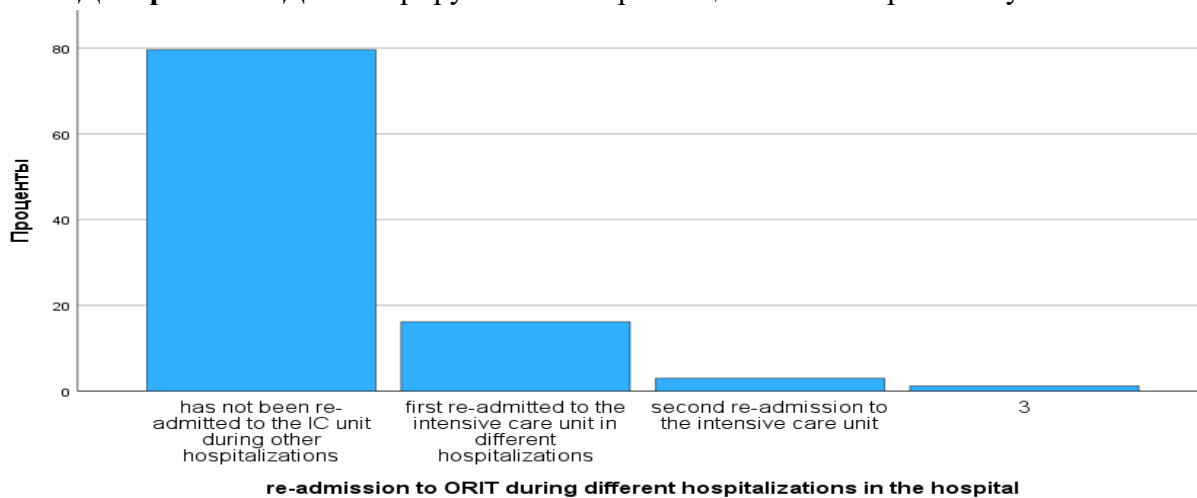


Диаграмма 4. Национальная принадлежность пациентов госпитализированных в ОИТ аз три года.

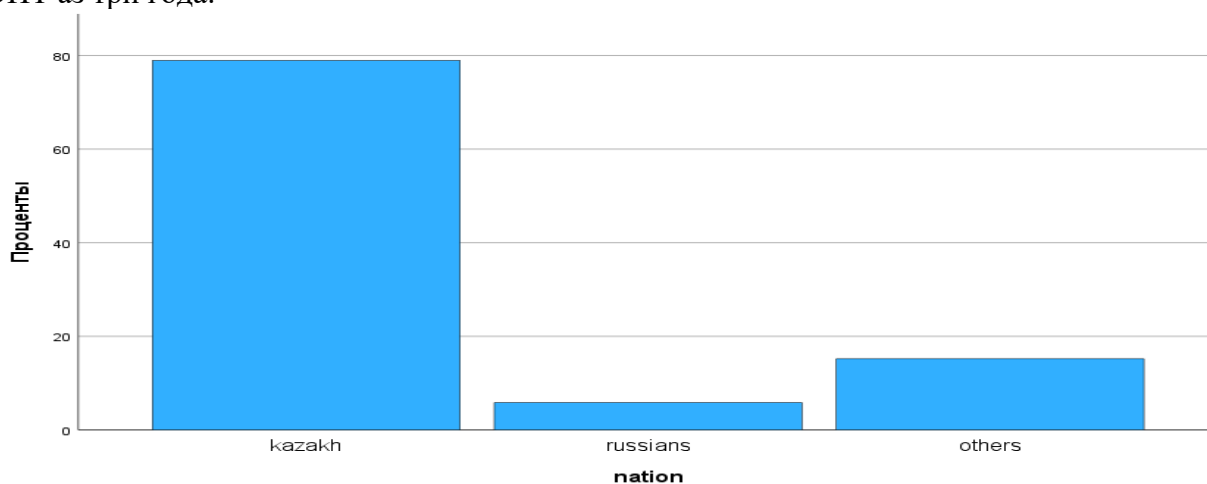


Диаграмма 5. Индекс массы тела исследуемых пациентов.

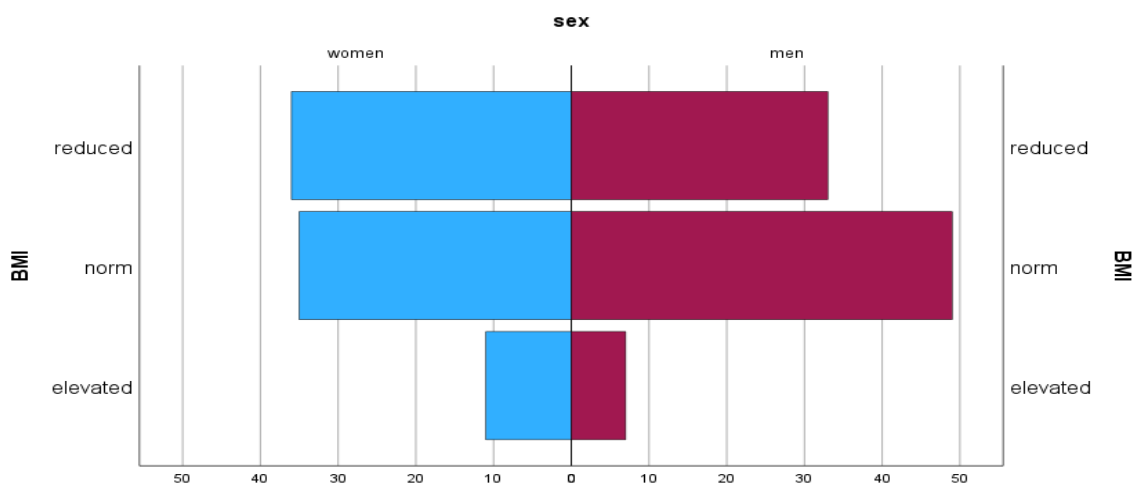




Диаграмма 6. Поступление детей в ОИТ за 2020, 2021 и 2022 г.

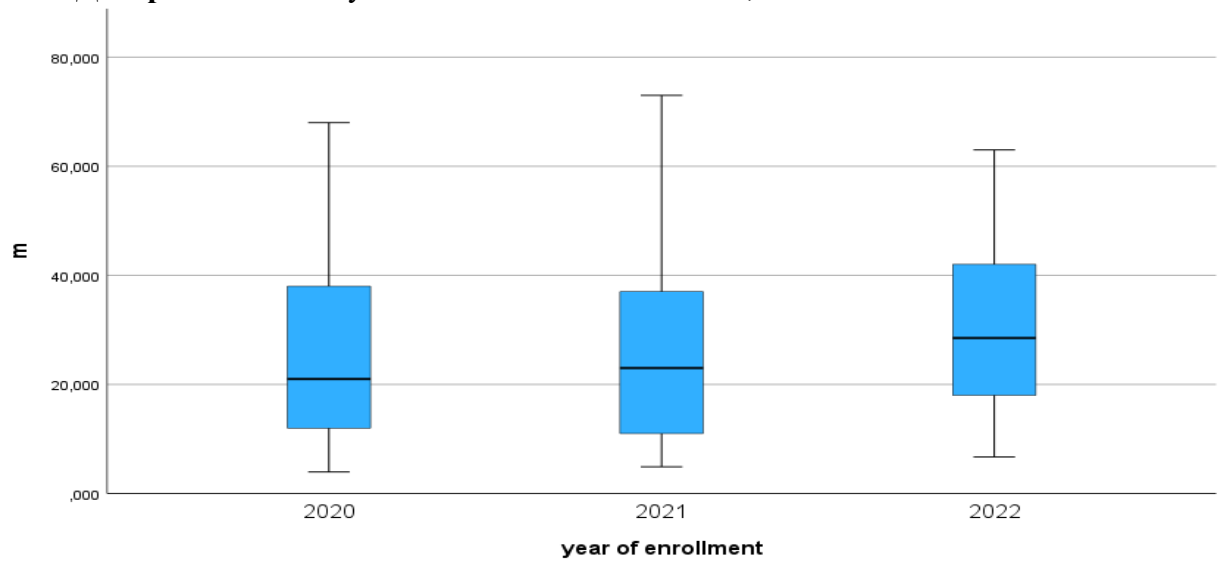


Диаграмма 7. Региональная принадлежность госпитализированных детей с ОЛЛ в ОИТ

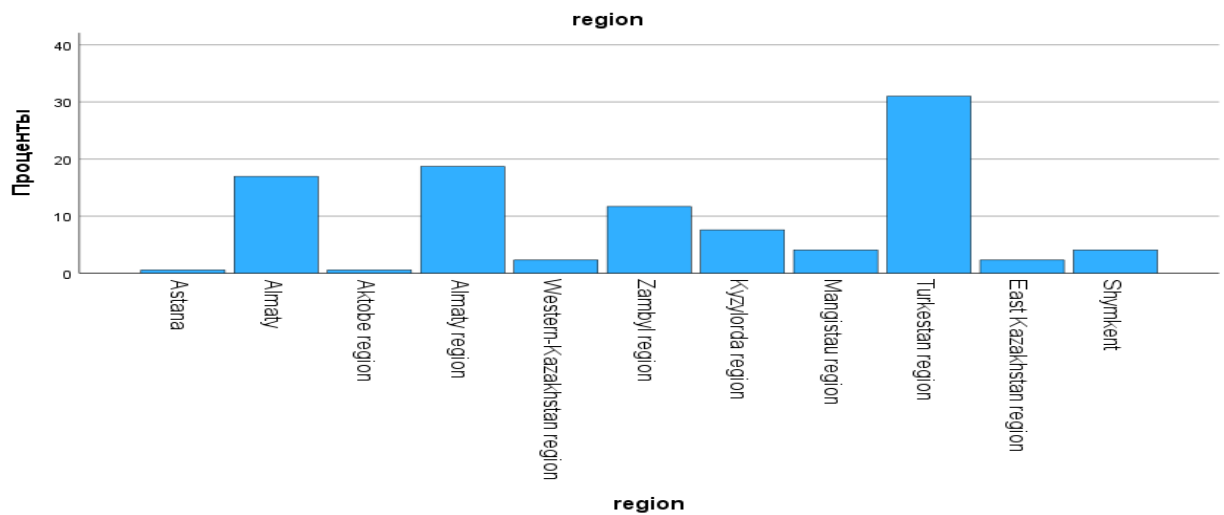


Диаграмма 8. Группа крови исследуемых пациентов.

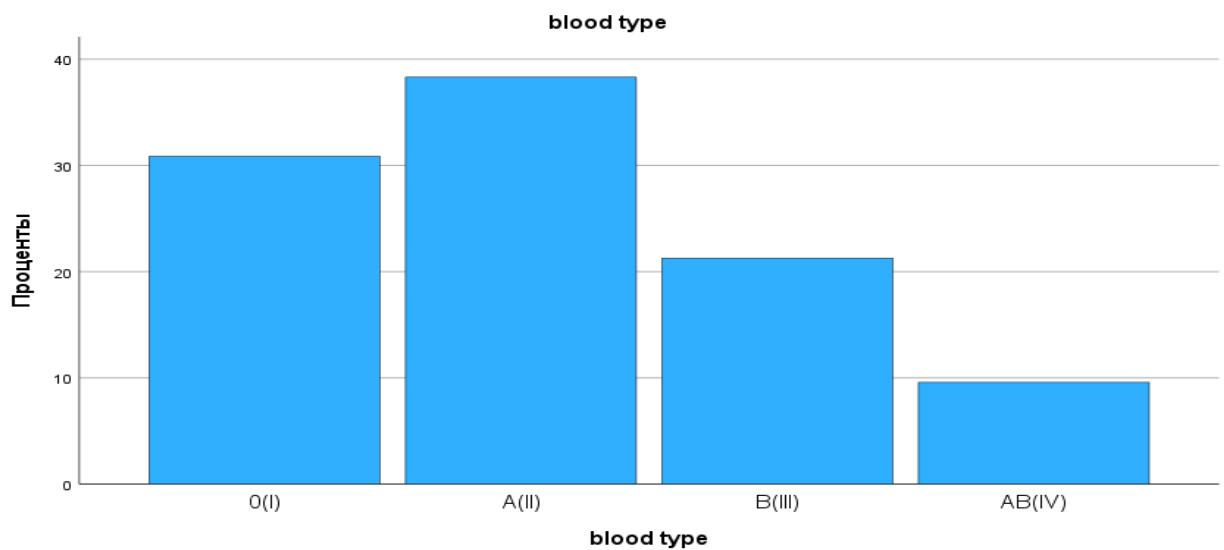




Диаграмма 9. Резус фактор исследуемых пациентов.

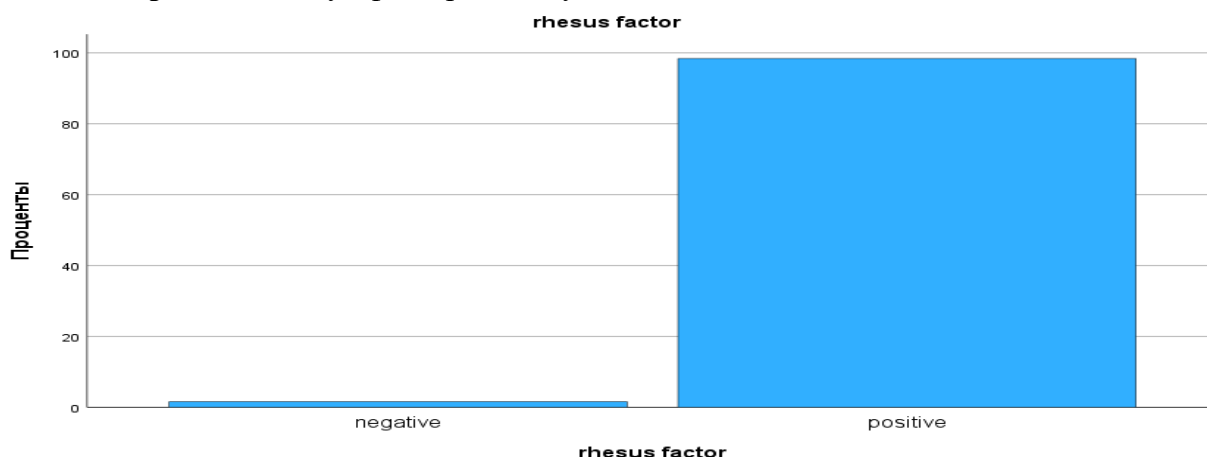


Диаграмма 10. Переливание эр.взвеси за весь период госпитализации в клинике, у пациентов которые были госпитализированы в ОИТ.

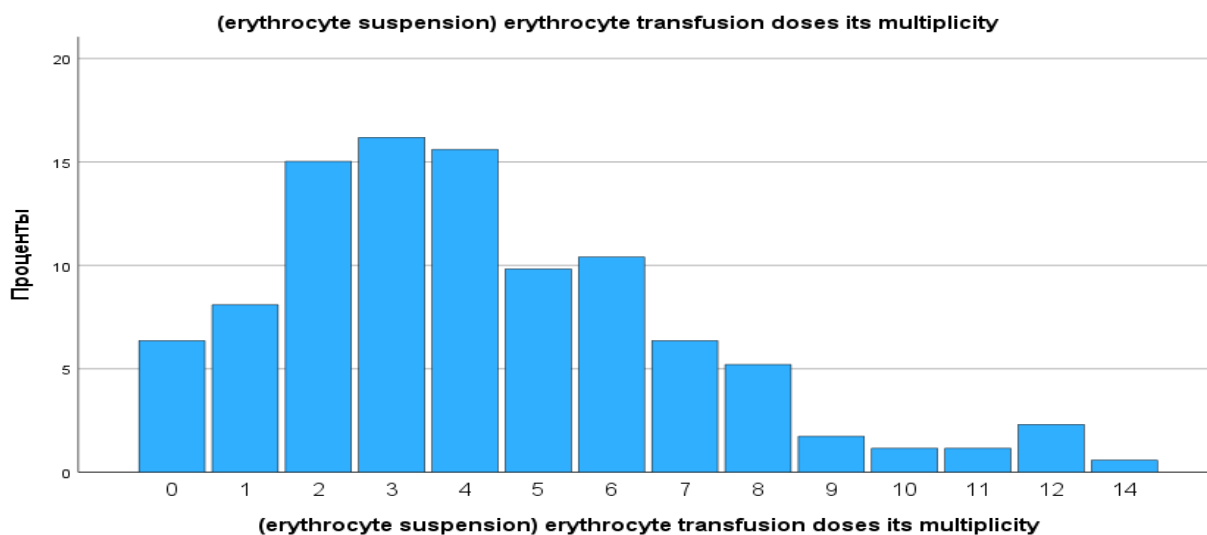


Диаграмма 11. Переливание тромбоцитарного концентрата (ТК) за весь период госпитализации в клинике детям, которые поступали в ОИТ.

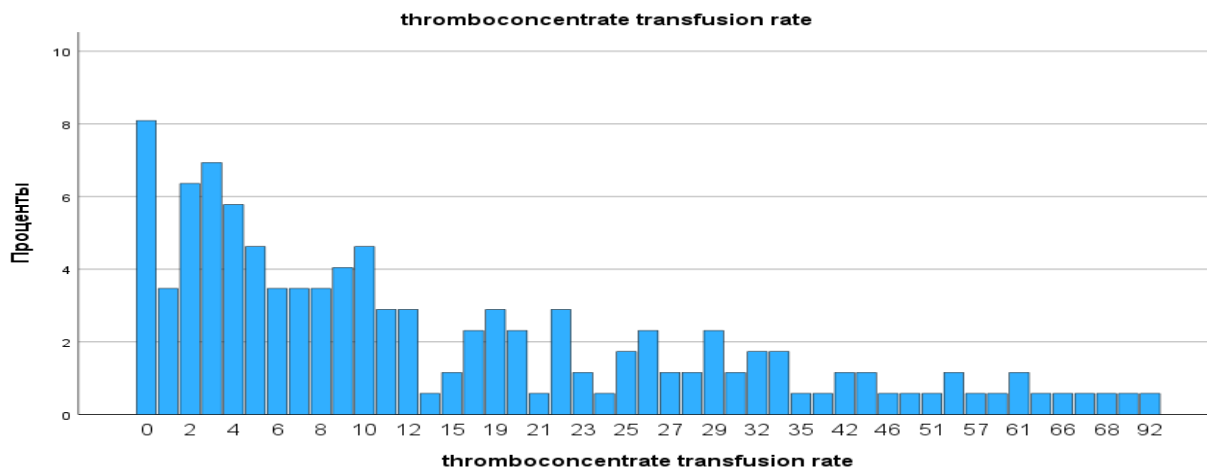




Диаграмма 12. Переливание свежзамороженной плазмы (СЗП) за весь период госпитализации в клинике детям, которые поступали в ОИТ.

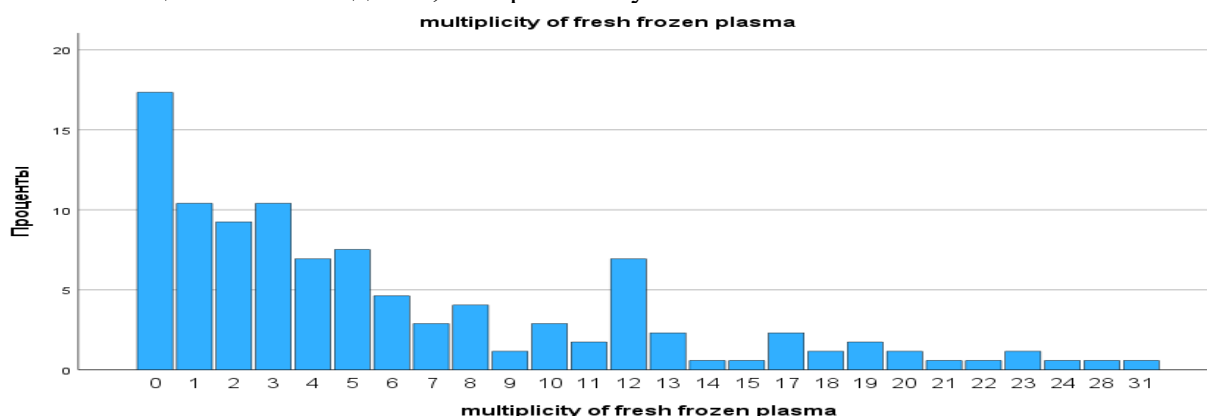
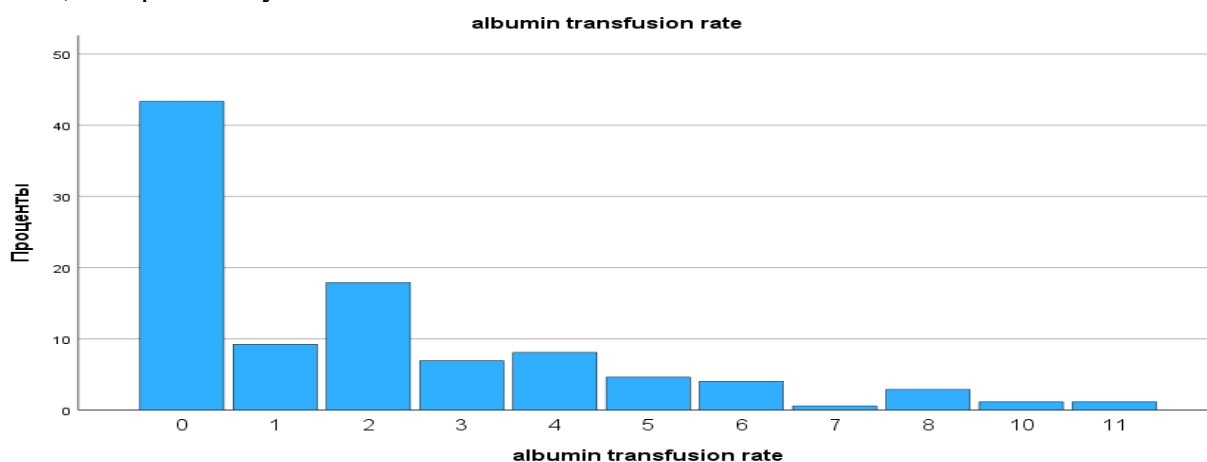


Диаграмма 13. Переливание альбумина за весь период госпитализации в клинике детям, которые поступали в ОИТ.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Hunger, S. P., Mullighan, C. G. Acute Lymphoblastic Leukemia in Children // New England Journal of Medicine. – 2015. – Vol.373(16). – P.1541–1552. doi:10.1056/nejmra1400972
2. Lawn, J. E., Cousens, S., Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet. – 2005. – Vol.365(9462). – P.891–900. doi:10.1016/s0140-6736(05)71048-5.



УДК: 618.3-06:616.61-002.3-08-039.73

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Құдайбергенова Арайлым Үсенқызы

Студент НАО «Медицинский университет Астана»

Научный руководитель-Жиенбаев Ерсайын Рамазанович

Астана, Казахстан

Аннотация: *Гестационный пиелонефрит – это экстрагенитальное инфекционное заболевание, способное вызвать опасные осложнения в период беременности. По сей день инфекция мочевыводящих путей остается одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности.*

Ключевые слова: *гестационный пиелонефрит, микробиота, фаголизат, антибактериальная терапия, цефалоспорины, бактериофаг.*

Актуальность проблемы, несмотря на снижение заболеваемости пиелонефритом в последние годы, обусловлена ограниченностью использования антибактериальных препаратов из-за антибиотикорезистентности и тератогенного действия многих противомикробных препаратов на плод. В настоящее время использование поликлональных бактериофагов вместе с антибактериальными препаратами для комбинированного лечения гестационного пиелонефрита дает возможность предотвратить грозные осложнения, связанные со сложностью в назначении эффективной терапии. Бактериофаги – это бактериальные вирусы, также известные как фаги, в отличие от других вирусов, они способны заражать только бактерии и отличаются от вирусов животных и растений. Преимуществом бактериофагов является их высокоспецифичность, которая дает возможность выбрать оптимальную патогенспецифическую терапию в отличие от широкого спектра антибиотиков бактерицидного и бактериостатического действия и позволяет микрофлоре в организме оставаться относительно нетронутой. Учитывая репликативную природу бактериофагов, их применение также имеет преимущество в дозировании, поскольку в отличие от антибиотиков, которые могут быстро выводиться из организма, бактериофаги продолжают размножаться и продуцировать пролиферацию до тех пор, пока присутствует возбудитель, что требует меньшей начальной дозы и меньшего количества последующих доз.

Цель исследования – оценить целесообразность использования бактериофагов с антибактериальными препаратами для комбинированного лечения острого пиелонефрита у беременных женщин.

Материалы и методы исследования. В городском центре урологии на базе Многопрофильной городской больницы №2 за 2023 год вылечено 196 пациентов с острым гестационным пиелонефритом. Мы провели ретроспективное исследование 87 беременных женщин в возрасте от 21 до 33, которые поступили с острым гестационным пиелонефритом в городской центр урологии. Гестационный пиелонефрит был диагностирован по результатам клинико-лабораторных анализов-лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, а также клинических признаков пиелонефрита включающих - лихорадку (температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$), боль в поясничной области и по данным инструментальных исследований-деструктивные изменения на УЗИ. В течение 14 дней 87 беременных женщин получали определенную дозу препаратов бактериофагов против основных возбудителей гнойно-септической группы (смесь фаголизатов бактерий *Escherichia coli*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*) в сочетании с антибиотиками группы цефалоспоринов. Всем беременным при остром инфекционно-



воспалительном процессе с первого дня выявленной патологии был использован комбинированный препарат бактериофагов Секстафаг в дозе 20 мл 2 раза в день в комплексе с препаратами «Мегацеф», «Ампициллин», «ЦефIII» по стандартным схемам. В результате комбинированной терапии у всех больных с гестационным пиелонефритом была отмечена положительная динамика - улучшение общего состояния, снижение температуры тела и интоксикации, уменьшение выраженности других симптомов заболевания, нормализация показателей крови и отсутствие бактерий в моче. Данные общего анализа мочи показали 10-кратное снижение бактерии в моче после первых 5 дней лечения фагами и антибиотиками. Результаты общего анализа мочи и посева мочи оставались стерильными до 1 года после окончания лечения антибиотиками. Комбинированное лечение беременных женщин с пиелонефритом показало низкий риск развития инфекционных осложнений у беременных и внутриутробной инфекции у плода, удовлетворительное состояние новорожденных в постнатальном периоде и уменьшение числа преждевременного прерывания беременности. Уязвимость беременных женщин и новорожденных как пациентов может затруднить выбор безопасной антибиотикотерапии и тщательное изучение влияния терапевтических средств. Антибиотики имеют многочисленные противопоказания во время беременности, тем более проблемы, связанные с резистентностью, и новые данные, свидетельствующие о том, что прием антибиотиков может повлиять на микробиоту кишечника новорожденного повлиял на хорошую перспективу использования бактериофаготерапии в комплексе с противомикробными средствами.

Заключение. Таким образом, действенность комбинированного лечения пиелонефрита беременных женщин препаратами бактериофагов и антибиотиков была доказана не только успешным стационарным лечением, но и неосложненным и хорошим соматическим статусом матери и ребенка в послеродовом периоде. Следовательно, можно сделать выводы, что бактериофаготерапия является эффективным средством при инфекционных заболеваниях мочевыводящих путей, а именно при остром гестационным пиелонефрите.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Пиелонефрит во время беременности // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2007. –Т. 6, № 6. – С. 76–88.
2. Hill J.B., Sheffield J.S., McIntire D.D., Wendel G.D. Acute pyelonephritis in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2005. –Vol. 105, N 1. – P. 18–23.
3. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. – 2008. – № 1. – С. 3–6.



УДК 616.61-002.2:616.12-008

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Хощанов Ержан Ерланович, Маратова Толғанай, Исабекова Ақбота,
Жунусбекова Салтанат, Қабдуахит Айгерім, Қалыбай Арайлым, Тынысова Аида
Студенты школы общей медицины НАО "Медицинский университет Астана"
Научные руководители: Садыкова Д.З., Адильбекова Б.Б.
Астана, Казахстан

Аннотация: В многочисленных крупномасштабных международных исследованиях доказана высокая распространенность хронической болезни почек (ХБП), сопоставимая с распространенностью ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета. В настоящее время распространенность ХБП в общей популяции составляет от 10 до 16%, а количество с терминальной ХБП, нуждающиеся в заместительной почечной терапии от 4,9 до 7 млн в мире [1,2,3]. Известно, что ХБП является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и эквивалентом ишемической болезни сердца по риску сердечно-сосудистых осложнений. ХБП у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) удваивает риск смерти и неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [4,5], в связи с чем определение наличия и тяжести ХБП у больных ОКС необходимо для определения тактики ведения пациентов данной группы для уменьшения рисков внутригоспитальных и отдаленных осложнений.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, коронарография.

Цель исследования: изучить связь стадии ХБП и тяжести поражения коронарного русла у больных ОКС.

Материал и методы исследования: проведено проспективное исследование историй болезни 57 пациентов, поступивших на лечение в ГКП на ПХВ "Городская многопрофильная больница № 2 г.Астана" с острым коронарным синдромом в период с 01.09.2023 по 01.12.2023г. Всем пациентам проводилась коронарография. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по расчетной формуле формуле СКD-EPI. Статистическая обработка данных проводилась на основании статистического пакета IBM SPSSStatistics(26 версия). Для определения корреляционной взаимосвязи между переменными, были применены непараметрические коэффициенты корреляции Спирмена. Сила корреляционной взаимосвязи оценивалась согласно градации Чеддока, где 0,1-0,3 соответствовало слабой, 0,3-0,5 умеренной, 0,5-0,7 заметной, 0,7-0,9 высокой и 0,9-1,0 весьма высокой корреляционной силе.

Результаты:

Среди обследованных 57 участников с ОКС выявлено 31 (54,4%) мужчин и 26 (45,6%) женщин. Медиана (Me) возраста женщин составила 74 года (Q1-Q3: 63-76), самой младшей пациентке 46 лет, старшей 91 лет. Медиана возраста мужчин – 58,5 лет (Q1-Q3: 55-75), младшему – 40 лет, старшему – 76 лет. Уровень значимости показателя составил 0,000018.

Медиана креатинина при поступлении составила у мужчин 87,2 (Q1-Q3: 74,8-99,25), минимально 49, максимально 175 мкмоль/л; у женщин медиана составила 79,97 (Q1-Q3: 67,8-105,61), минимально 43,08, максимально – 304,22 мкмоль/л.



Снижение СКФ менее 90 мл/1,73м² выявлено у 47 пациентов из 57 (82,45%). Медиана СКФ у мужчин составила 70,5 (Q1-Q3: 61-81,75), минимально 38, максимально 108, у женщин – 67,5 (Q1-Q3: 48,5-89,25), минимально 21, максимально 98мл/1,73м². Достоверных различий по СКФ в группе мужчин и женщин выявлено не было (p=0,468).

Однососудистое поражение выявлено у 8-ми (14,04%), двухсосудистое – у 3-х (5,26%) и многососудистое – у 39 (68,42%) пациентов. Отсутствие стенозов при проведении КАГ выявлено у 7-ми (12,28%) пациентов с ОКС.

При анализе влияния возраста, уровня креатинина и СКФ на тяжесть поражения коронарных артерий определенной корреляционной связи нами не обнаружено (-0,115, -0,028, 0,008). Выявление снижения СКФ у больных ОКС, вероятно, требует дальнейшего исследования причин ХБП у данной группы больных.

Выводы:

1. Многососудистое поражение коронарного русла у больных с ОКС встречалось чаще (68,42%)
2. ОКС достоверно чаще (0,000018) развивался у женщин в более старшем, чем у мужчин возрасте.
3. Обнаружение в 82,45% случаев снижения СКФ у исследуемых пациентов свидетельствует о высокой частоте ХБП у больных с острым коронарным синдромом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Weiner D.E., Tighiouart H., Amin M.G., et al. Chronic kidney disease as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality: a pooled analysis of community-based studies. J. Am. Soc. Nephrol. 2004; 15(5): 1307–1315. PMID: 15100371.
2. Briasoulis A., Bakris G.L. Chronic kidney disease as a coronary artery disease risk equivalent. Curr. Cardiol. Rep. 2013; 15(3): 340. DOI:10.1007/s11886-012-0340-4.
3. Х.Г. Алиджанова, О.Н. Ржевская, М.А. Сагиров, Г.А. Газарян. Прогностическое значение хронической болезни почек у больных с острым коронарным синдромом. Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care. 2017; 6(2):132–139. DOI:10.23934/2223-9022-2017-6-2-132–139
4. Wright R.S., Reeder G.S., Herzog C.A., et al. Acute myocardial infarction and renal dysfunction: a high-risk combination. Ann. Intern. Med. 2002; 137(7): 563–570. DOI: 10.7326/0003-4819-137-7-200210010-00007.
5. Liu Y, Gao L, Xue Q, et al. Impact of renal dysfunction on long-term outcomes of elderly patients with acute coronary syndrome: a longitudinal, prospective observational study. BMC Nephrology. 2014;15:78. <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/15/78>.



УДК: 616.314-089+611-018.4

КОСТНОЗАМЕЩАЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ. ОБЗОР, ХАРАКТЕРИСТИКА

Тебенова Гульмира Мухамедиевна, Дарибаев Талгат Тажибаевич,
Бейсебеков Мукан Нагимжанович, Габжалилов Жумагали Полатович
Мейрамгалиев Сержан Уразмолдаевич, Тлешев Мади Берикулы.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова
Алматы, Казахстан

Введение:

Протезирование является важным этапом лечения пациентов с дефектами костной ткани, включая тех, кто столкнулся с потерей зубов или другими проблемами, требующими восстановления функции и эстетики. Однако, успешное протезирование неразрывно связано с эффективным использованием остеопластических материалов, которые способны обеспечить не только механическую поддержку, но и стимулировать рост костной ткани. В данной статье приведены характеристики некоторых остеопластических материалов.

Актуальность:

В современной стоматологии внимание к выбору остеопластических материалов при протезировании становится все более острой проблемой. Существует необходимость в поиске и использовании материалов, которые обладают высокой остеоиндукцией, биосовместимостью и обеспечивают минимальный срок ремоделирования костной ткани. Однако, учитывая разнообразие биологических ситуаций и медицинских показаний, отсутствует универсальный материал, который бы удовлетворял все требования.

Ключевые слова: *костно-трансплантационные материалы, стоматология, имплантация, атрофия костной ткани, объем костной ткани, биосовместимость, регенерация тканей.*

При проведении подготовки пациентов к протезированию, использование остеопластических материалов является ключевым аспектом для успешной реабилитации. Ксеногенные материалы, полученные из источников животного происхождения, и синтетические материалы имеют свои преимущества и ограничения, которые необходимо учитывать при выборе.

Одним из основных требований к остеопластическим материалам является их способность стимулировать рост костной ткани, то есть остеоиндукция. Кроме того, материалы должны быть биосовместимыми, чтобы минимизировать риск отторжения и аллергических реакций. Критически важно также учитывать срок ремоделирования костной ткани, чтобы обеспечить оптимальную интеграцию протеза.

Несмотря на то, что не существует универсального остеопластического материала, их выбор должен основываться на индивидуальных характеристиках пациента и особенностях биологической среды. Показания и противопоказания, возраст, биотип пациента, состояние гигиены полости рта и остаточный объем костной ткани играют ключевую роль при принятии решения о типе и использовании остеопластических материалов.

Исследования в этой области направлены на разработку новых материалов с улучшенными характеристиками, способных обеспечить оптимальные результаты протезирования и повысить долговечность имплантатов. Такой подход к подготовке пациентов к протезированию позволяет повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни пациентов.



В данной статье и рассматриваем некоторые остеопластические материалы:

Sure-Oss Powder®

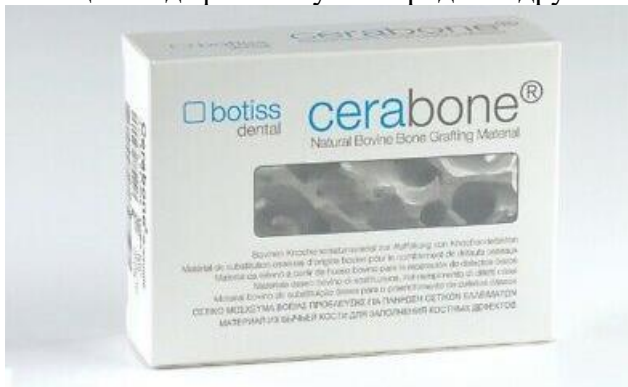
Костнопластический материал Sure-Oss® (Hans Biomed, Корея) представляет собой гранулы по строению близкие к костной ткани человека (по строению и форме пор), обладающие Высокой способностью к остеокондукции. Данный материал на 100% состоит из лиофилизированной кортикальной кости. В своем составе имеет белки и минералы, обеспечивающие регенерацию костной ткани посредством остеиндукции. Механическая прочность при это сохраняется. При работе с «Sure-Oss»® содержимое шприца необходимо смачивать стерильным водным 0,9% NaCl раствором или смешивать с костным мозгом пациента для активации процесса образования коллагена. Препарат наносится в область аугментации.



Cerabone®

Представляет собой остеопластический материал, изготовленный на основе бычьей кости. Зарекомендовал себя как безопасный, стабильный в объеме, высокбезопасный материал. Данное вещество получают из минерального матрикса бычьей кости. Поверхность данного препарата, пористость и химический состав схож с составом человеческой кости. При использовании данный препарат необходимо смешивать с кровью или физиологическим раствором для достижения оптимальной вязкости и пластичности. Все это обеспечивается гидрофильной поверхностью. Благодаря пористой структуре происходит быстрое проникновение белков и сыворотки крови. При получении данного препарата проводится высокотемпературная обработка, которая удаляет все органические компоненты, которые могут в дальнейшем привести к иммунным реакциям. Эффективность и безопасность применения данного препарата подтверждено Министерством здравоохранения Германии.

Препарат производится в гранулах. Обладает такими свойствами: быстрая остеointеграция, способность сохранять объем, пористая структура и простота применения. **Cerabone®** возможно использовать в имплантологии, аугментации, при замещении дефектов зубных рядов и других видах хирургических вмешательствах.





Maxresorb®

Данное вещество является полностью синтетическим остеопластический материалом. Макс имеет гомогенную структуру, которая состоит на 60% из гидроксиапатита и на 40% из бетатрикальцийфосфата. Материал имеет две фазы минеральной активности которая помогает быстрее формировать новые участок кости и обеспечивают её длительную механическую стабильность.

Maxresorb имеет высокую пористость и считается высоко индуктивным материалом. Высокая пористость способствует быстрому росту клеток и оптимизируют регенерационной способности кости. В микроскопическом исследовании можно заметить шероховатую поверхность, которая ускоряет адгезию клеток и улучшает гидрофильные свойства. Благодаря уникальному многоэтапному процессу производства материал безопасен и эффективен при замещении костных дефектов, аугментации альвеолярного отростка, а так возможно применение при проведении синус-лифтинга. Химический состав, схож по химическому составу с человеческой костью. Так как вещество синтетического происхождения стоит отметить что применение не ограничено диетическими или религиозными конфликтами.



Мембрана Collprotect

Натуральная коллагеновая мембрана. Благодаря грубой и пористой трехмерной структуре коллагена наилучшие результаты достигаются за счет контролируемой регенерации костей и мягких тканей. Во время регенерации мембрана **Collprotect** обеспечивает необходимую барьерную функцию, сбалансированную контролируемым временем резорбции и отсутствием воспалительной реакции на мягкие ткани. Состоит из трехмерной коллагеновой основы, обеспечивает нужную барьерную функцию при направленной костной регенерации, время резорбции составляет от 7 до 12 недель. Данная мембрана отлично подходит в использовании как в сухом виде, так и во влажном.





Показания для применения данных мембран:

- Дентальная имплантация
- Пародонтология
- Закрывание небольших перфораций
- Синус-лифтинг
- Консервация постэкстракционных лунок
- Горизонтальная и вертикальная аугментация альвеолярного отростка
- Направленная костная регенерация при одновременном использовании остеотропными материалами.

Заключение:

Подготовка пациентов к протезированию с использованием остеопластических материалов является важным этапом в стоматологической практике, направленным на восстановление функции и эстетики у пациентов с дефектами костной ткани. Выбор подходящего материала играет решающую роль в успешном и долгосрочном результатах лечения.

Использование как ксеногенных, так и синтетических остеопластических материалов предоставляет возможность выбора подходящего варианта в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и особенностей клинической ситуации. Однако, необходимо учитывать разнообразные факторы, такие как возраст, состояние гигиены полости рта, остаточный объем костной ткани и другие, чтобы обеспечить оптимальные условия для интеграции протезов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Григорьян, А. С. Судьба гранулята керамики гидроксиапатита при его имплантации во вторичный костный дефект нижней челюсти / А.С. Григорьян, А.Я. Емцев // Стоматология. 1996. - №5. - С. 51-52.
2. Иорданишвили, А.К. Хирургическое лечение зубов с хроническими пери-апикальными очагами одонтогенной инфекции (анатомическое, экспериментальное и клиническое исследование) / А.К. Иорданишвили // Автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб., 1993.-21 с.
3. Козинец, Г.И. Физиологическая (запрограммированная) гибель клеток при гемопоэзе / Г.И. Козинец, В.М. Погорелов, Г.И. Хазем и др. // Клин.-лаб. диагностика,—1996.—№ 1 — С.35—37.
4. Деев Р. В., Дробышев А. Ю., Бозо И. Я. Ординарные и активированные остеопластические материалы //Вестник травматологии и ортопедии им. НН Приорова. – 2015. – №. 1. – С. 51-69.
5. Базилян, Э. А. "Современные остеопластические материалы." (2018): 96-96.
6. Сирак, С. В., И. Э. Казиева, and А. К. Мартиросян. "Клинико-экспериментальное использование остеопластических материалов в сочетании с электромагнитным излучением для ускорения регенерации костных дефектов челюстей." *Фундаментальные исследования* 5-2 (2013): 389-393.
7. Хоминец, В. В., et al. "Аллогенные остеопластические материалы для реконструктивной хирургии боевых травм." *Известия Российской Военно-медицинской академии* 41.3 (2022): 309-314.
8. Моисеева, Н. С., et al. "Клинико-лабораторная оценка морфологических параметров остеопластических материалов, применяемых при костной аугментации альвеолярного отростка." *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание* 15.4 (2021): 18-23.
9. Сипкин, А. М., et al. "Коллагенсодержащие остеопластические материалы: обзор литературы." *Клиническая стоматология* 26.4 (2023): 152-159.
10. ГАЛИЕВ, КФ, et al. "ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ." *ПРИДНЕПРОВСКИЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК Учредители: Частное предприятие Издательство "Наука и образование"* 4.3 (2022): 23-25.



УДК 618.1-006

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

Тулемисова Айсулу Абдуллакызы, Сагандыкова Гаухар Акылбаевна,
Нурмахан Назерке Сәкенқызы, Омирзакова Назерке Жұмаділқызы,
Нағый Гүлфайруз Нағыйқызы

Сотрудники кафедры акушерства и гинекологии №2,
резиденты 1 года обучения НАО «Медицинский университет Астана»,
Научный руководитель профессор - Малгаждарова Бахыт Сексембаевна
Астана, Казахстан

Аннотация. Статья посвящена к одному из видов трофобластической болезни – пузырный занос (ПЗ). В результате реальной клинической практики выяснено, что в развитии ПЗ определенную роль сыграл поздний репродуктивный возраст, паритет родов, отягощённый акушерский анамнез и наличие соматического заболевания – анемия и резистентная хроническая артериальная гипертензия. Описаны сложности в оказании лечебной помощи при ПЗ и осложнения в ходе помощи, что возможно потребует расширения дополнительного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: трофобластическая болезнь, пузырный занос, беременность, факторы риска, диагностика, лечение пузырного заноса, послеоперационный период, гистологический анализ.

Пузырный занос (ПЗ) относится к группе заболеваний, объединенных понятием «трофобластическая болезнь» развивающихся из тканей трофобласта. Впервые он был описан Гиппократом в 400 г. до н.э. как «водянка матки». [1]. Трофобластическая болезнь — опухолевое новообразование, развивающееся на фоне текущей или прерванной беременности. Термин «трофобластические неоплазии» («трофобластические новообразования») (ТН), понятие введен в клиническую практику в 2000 г. ВОЗ и FIGO при пересмотре последней классификации) объединяет два различных биологических процесса: персистенция в организме матери трофобластических клеток после завершения беременности (феномен, наиболее часто встречающийся после частичного или полного ПЗ и трофобластическая малигнизация (инвазивный ПЗ, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная опухоль). Возникновение трофобластической болезни возможно при любой беременности, однако злокачественные ее формы чаще отмечаются после пузырного заноса (Мещерякова Л.А., Казаченко В.П., 1998; Берек Дж., 2002). [2].

Частота ПЗ в разных странах различная. В Японии 2 на 1 000 беременностей, что в 3 раза выше, чем в Европе и Северной Америке (Новикова Л.А., Григорова Т.М., 1968). В странах Северной Америки и Европе суммарная частота ПЗ составляет 66–121 случай на 100 тыс. беременностей. [1].

Факторами риска данной патологии являются (в Италии, США) недостаток каротина в пище, дефицит витамина А, возраст старше 40 лет, лютеиновые кисты в анамнезе. Особенно неблагоприятно, если имеется 2—3 фактора риска (Мещерякова Л.А., Казаченко В.П., 2002). Чаще всего ПЗ встречается в возрасте 20—24 года, затем его частота снижается. Напротив, частота инвазивного пузырного заноса увеличивается с возрастом. У женщин старше 35 лет риск увеличивается в 2 раза, после 45 лет - в 7,5 раза, т.е. пик данной патологии находится в пределах 40-49 лет. Причем вероятность частичного пузырного заноса с возрастом не увеличивается, в отличие от полного. Это еще раз указывает на то, что причины пузырного заноса остаются неизученными. Диагностика пузырного заноса строится на клинике, жалобах, если они есть, объективных данных. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) определяется симптом «снежной бури», диффузный отек ворсин



хориона и множественные полости. Ценность метода достигает 90%. Важным диагностическим критерием является определение 3-ХГ в сыворотке крови в динамике [2].

Лечение пузырного заноса. В настоящее время при тяжелых осложнениях пузырного заноса вначале проводят лечение его осложнения: преэклампсию, тиреотоксикоз, водно-электролитные нарушения, анемию. После нормализации состояния беременной производят опорожнение матки.

Цель – изучить наличие факторов риска ПЗ и особенности проводимого лечения.

Для раскрытия поставленной цели предлагаются клинические случаи.

Первый случай. Пациентка Д. Ш.У., 02.08.1984 г.р. (39лет) 15.02.2024г. по направлению врача гинеколога госпитализирована в гинекологическое отделение Многопрофильной областной больницы №2 (МОБ) Акмолинской области с диагнозом: Беременность 9 недель 5 дней. Пузырный занос. С жалобами на тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. Проведено УЗИ органов малого таза (ОМТ): в полости матки мелкозернистая структура, при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) с кровоснабжением. Внутренний и наружный зев сомкнут. Структура матки однородная. Заключение: на момент осмотра эхо-признаки: Пузырный занос.

Из анамнеза: росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: туберкулез легких, кожно - венерические заболевания, вирусные гепатиты В и С, болезнь Боткина отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает. Соматические заболевания: с 2020 года состоит на «Д» учете у кардиолога по поводу артериальной гипертензии (АГ), принимает короним, тромбопол. Травмы – отрицает. Гемотрансфузии: не было. Наследственность не отягощена. Менструальная функция: менструации с 13 лет, по 4-5 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В браке состоит. Последняя менструация 10.12.2023г. Паритет беременности: Беременность - 6 данная, Роды – 5. Последняя беременность в 2022 году завершена путем операции кесарево сечение по поводу преэклампсии тяжелой степени на фоне хронической АГ. В послеоперационном периоде гипохромная анемия легкой степени. Выписана на 8 сутки с ребенком. Аборт - 0. Аллергический анамнез: реакцию на медикаменты и пищевые продукты отрицает. Общее состояние удовлетворительное. В сознании, адекватна. Нормального питания. ИМТ= 29,39кг/см². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык чистый, влажный. Молочные железы симметричные, мягкие, соски чистые, патологических выделений из соска нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 16 раз в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Т тела- 36,0*С. Рс 73 уд. в мин., АД- 110/70 мм.рт.ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез адекватный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Per speculum: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал сомкнут, целостность эпителия – не эрозирована. Выделения – мажущие кровянистые.

Per vaginum: шейка матки кзади, длиной 3,0см, наружный зев сомкнут. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 7-8 недель, контуры ровные, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Диагноз: Беременность 9 недель 5 дней. Трофобластическая болезнь. Пузырный занос. Рубец на матке после операции кесарево сечения (1). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 2.

В анализе крови: β -ХГЧ 16.02.2024 г.: 251370 мМЕ/мл. Заключение УЗИ: Трофобластическая болезнь. Пузырный занос.

После постановки диагноза проведена мануальная вакуум аспирация с последующей бережной дилатацией и кюретажем полости матки со взятием гистоанализа. Манипуляция была выполнена 16.02.2024г. в 12час 30мин. Соскоб из полости матки, хориальные ткани были отправлены на гистологию. Результат гистоанализа от 24.02.2024г. Патогистологическое



заключение: Нарушенная беременность. Трофобластическая болезнь, частичный пузырный занос. Рекомендуются наблюдение уровня β -ХГЧ в крови.

Кровь на ХГЧ 19.02.2024 г.: 9513 мМЕ/мл. УЗИ ОМТ от 19.02.2024г: Заключение: Постабортный период. Лохиометра. Рубец на матке (1). Учитывая проведенный полный объем лечебных и диагностических мероприятий, удовлетворительное самочувствие, стабильное АД была выписана в удовлетворительном состоянии 22.02.2024 г. Рекомендации: Активное наблюдение и дальнейшее лечение:

1. Еженедельное исследование сывороточного уровня ХГ до получения 3 последовательных отрицательных результатов, затем ежемесячно до 1 года.
2. УЗИ ОМТ через 2 недель после удаления пузырного заноса, затем ежемесячно до нормализации уровня ХГ.
3. Рентгенография органов грудной клетки после удаления пузырного заноса, затем через 4-8 недель при динамическом снижении уровня ХГ.
4. Ведение пациенткой менограммы не менее 3 лет после пузырного заноса.
5. Контрацепция не менее 1 года от нормализации уровня ХГ.

Таким образом, данный случай показывает, что ПЗ развился у многорожавшей в позднем репродуктивном возрасте (39лет) с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке после кесарева сечения, осложнение беременности преэклампсией тяжелой степени), и с наличием соматического заболевания – анемия и резистентная хроническая артериальная гипертензия.

Второй случай. Пациентка Х.Б., 20 лет 09.11.2023г. госпитализирована из Центральной районной больницы (ЦРБ) с жалобами на тянущие боли внизу живота и кровянистые выделения на фоне задержки менструации. В ЦРБ находилась с диагнозом «Неразвивающаяся маточная беременность в сроке 5 недель по типу анэмбрионии в сочетании с пузырным заносом». За 3 часа до поступления в МОБ №2 в ЦРБ была безуспешная попытка выскабливания полости матки, в связи с чем переведена в гинекологическое отделение МОБ №2. Из анамнеза на «Д» учете у узких специалистов не состоит. Вредных привычек не имеет. Наследственность, аллергоанамнез не отягощены. Менструальная функция: менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 25.08.2023 г. = 11 недель + 0 день. Паритет: беременностей – 1-ая данная. Беременность- 1, Роды- 0, Аборт, выкидыш- 0.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Соматический статус без особенностей. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Per speculum: шейка матки конической формы, целостность эпителия - не нарушена. Выделения – темно-кровянистые мажущие. Per vaginam: шейка матки матка кзади, длиной 3,0 см., наружный зев сомкнут. Тело матки кпереди, увеличена до 7-8 недель беременности, контуры ровные, подвижная, мягкой консистенции, безболезненная. Область придатков с обеих сторон: не увеличены, при пальпации без особенностей. Своды не нависают. Тракция за шейку матки – безболезненная. Диагноз: Неразвивающаяся беременность 11 недель по сроку гестации (УЗИ 5-6 недель). Пузырный занос. Перфорация полости матки?

Проведено полное клиничко-лабораторное обследование, включая УЗИ органов малого таза. Заключение: Пузырный занос. Трофобластическая опухоль. Перфорация полости матки? Показано оперативное вмешательство, взято информированное согласие.

Объём операции: Лапароскопия. Конверсия, Лапаротомия по Пфанненштилю. Ушивание перфорационного отверстия. Гистеротомия. Выскабливание и дренирование полости матки. Санация и дренирование малого таза. После проведенной процедуры ТАЙМ-АУТ: после стандартной обработки операционного поля, наложен пневмоперитонеум иглой Вериша до 12.0 атм. Без особенностей. Установлены три троакара диаметром 10,0 мм, 5,0мм, 5,0мм для инструментов и манипуляторов. При осмотре в брюшной полости и в малом тазу без патологии. Матка в гиперanteflexio-versio, розового цвета, увеличена до 6-7 недель, контуры ровные, мягкой консистенции, подвижная. Придатки: маточные трубы и яичники с обеих сторон - не увеличены, без изменений. По задней стенке матки в области воронко-тазово-крестцовой



связки визуализируется перфорационное отверстие размером около 10,0 мм. Осмотрены близлежащие органы, участок кишечника - без видимых повреждений, гематом. Признаков внутрибрюшной кровотока нет. В течение 20-ти минут попытки опорожнить матку и расширить цервикальный канал расширителями Гегара технически не удается. Интраоперационно созван консилиум в составе администрации больницы и сотрудников кафедры решено перейти на конверсию лапаротомия - ушивание перфорационного отверстия, гистеротомия - опорожнения полости матки. Конверсия. Послойно вскрыта передняя брюшная стенка разрезом Пфанненштилю. Кишечник отгорожен марлевой салфеткой. Матка выведена на рану. Дефект стенки матки устранен: ушит узловыми викриловыми швами, обработан. Гемостаз сухо. Вскрыта pl.vesica-uterinae, отсепарован и низведен мочевого пузыря. Произведен разрез на матке около 1,5 см-2,0 см. Проведено выскабливание полости матки Кюреткой №4, 2. Соскоб обильный, хориальные ткани по типу «виноградных гроздьев». Симптом "пузырьков"-положительный. Полость матки осушена, обработана раствором бетадина. Полость матки дренирована, дренаж выведен через цервикальный канал во влагалище. Окситоцин 5 ЕД внутриматочно. Матка сократилась. Стенка матки ушита викриловыми швами в два этажа. Произведена санация брюшной полости и малого таза. Проверка на гемостаз сухо. Малый таз дренирован поливинилхлорид (ПХВ) трубкой через контрапертурный разрез справа. Брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложен внутрикожный косметический шов. Асептическая повязка. Моча по катетеру светлая 300,0 мл. Общая кровопотеря: 300,0 мл.

Материал - соскоб полости матки: ткани хориона, пузырьный занос.

Послеоперационный диагноз: Неразвивающаяся беременность в сроке 11 недель по сроку гестации (УЗИ 5-6 недель). Пузырный занос. Перфорация стенки матки. Лапароскопия. Конверсия. Лапаротомия по Пфанненштилю. Ушивание перфорационного отверстия. Гистеротомия. Выскабливание и дренирование полости матки. Санация и дренирование малого таза. Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана на 5-е сутки после операции. 13.11.2023г. произведено УЗИ органов малого таза Заключение: Постабортный период. Послеоперационный период. УЗИ брюшной полости (на наличие жидкости) заключение: на момент осмотра эхо признаки свободной жидкости не выявлены. Рекомендации: амбулаторно наблюдение участковым врачом. Консультация по планированию семьи. На 15-е сутки получено заключение гистологического анализа: Нарушенная маточная беременность. Частичный пузырьный занос (простой).

Таким образом, в лечении пузырьного заноса возможны непредвиденные осложнения в виде перфорации полости матки, которая корректируется оперативными вмешательствами.

Заключение. Приведенные случаи показывают, что ПЗ может развиваться на фоне сочетанных факторов риска: поздний репродуктивный возраст (39лет), многократные роды, отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке после кесарева сечения, осложнение беременности - преэклампсия тяжелой степени), наличие экстрагенитальной патологии: анемия и резистентная хроническая артериальная гипертензия. При оказании лечебной помощи по опорожнению полости матки, возможно осложнение в виде перфорации матки, что требует расширения оперативного вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Ю.Э. Доброхотова, С.Э. Аракелов, С.Ж. Данелян, Е.И. Боровкова, С.А. Залеская, М.К. Меджидова, Е.А. Нагайцева. Пузырный занос: клинический случай ведения беременности.// ГИНЕКОЛОГИЯ.- 2019 , ТОМ 21,-| №2.-с.28-33
2. Л.И. Кох. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА Кафедра акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации СГМУ, г. Томск <https://cyberleninka.ru/article/n/puzyrnyy-zanos-vrachebnaya-taktika>
3. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol 2013; 128: 3.
4. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncol 2003; 4: 670.



ӘОЖ 616.12-008

**АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ АЛДЫН-АЛУЫ МЕН ЕМДЕУ МАҚСАТЫМЕН МАЙ
АЛМАСУЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫН КОРРЕКЦИЯЛАУ ҮШІН ЖҮРЕКТІҢ
ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ГИПОЛИПИДЕМИЯЛЫҚ
ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ.**

Сарманова Нағима Мусретуллаевна,

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университетінің медицина
факультетінің оқытушысы

Алимова Юлдуз Улугбекқызы,

Муродова Эсмира Анваровна,

Әбдібек Аблайхан Бауыржанұлы,

Султанжанов Жавохир Хасанжонұлы,

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университетінің медицина
факультетінің резиденттері
Шымкент, Қазақстан

***Аннотация.** Дислипидемия мен гиперхолестеринемияның кең таралуына байланысты, липидті төмендететін бірнеше препараттардың арасынан розувастатин мысалында түпнұсқалық препаратты таңдау мәселесі сипатталған. Көптеген зерттеулерге сәйкес, статиндер ең әсерлі және кеңінен тағайындалатын дәрілердің бірі болып табылады. Әдеттегі клиникалық тәжірибеде розувастатиннің түпнұсқалық препарат ретінде тағайындаудың маңыздылығы көрсетілген.*

***Тірек сөздер.** Атеросклероз, жүректің ишемиялық ауруы, холестерин, липидтер, розувастатин, дислипидемия, гиперхолестеринемия, гиполлипидемиялық препарат, статиндер.*

Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарды дәрі-дәрмекпен емдеудің ең маңызды аспектісі - қандағы липидтерді төмендететін препараттарды қолдану. Холестерин (ХС) және төменгі тығыздықтағы липопротеидтер (ХС-ТТЛП) деңгейін төмендететін негізгі препараттарға ГМГ-КоА редуктаза тежегіштері – статиндер жатады [1,2]. Статиндер бастапқыда зең саңырауқұлақтарынан бөлініп алынған, содан кейін химиялық жолмен синтезделген. ГМГ-КоА-дан мевалон қышқылының түзілу процесінің бастапқы кезеңінде статиндер холестерин синтезіндегі ең маңызды ферменттердің бірі ГМГ-КоА редуктазаны тежейді. Нәтижесінде бауыр жасушалары холестериннің жетіспеушілігін сезінеді және оны жеңу үшін оның бетінде ТТЛП рецепторларының қосымша санын экспрессиялайды, осылайша олардың белсенділігін арттырады, бұл сайып келгенде, қан сарысуындағы ХС-ТТЛП концентрациясының төмендеуіне әкеледі. Статиндер жоғары мөлшерде (тәулігіне 80 мг-нан астам) тағайындалғанда, бауырдағы өте төменгі тығыздықтағы липопротеидтер (ӨТТЛП) синтезін төмендету арқылы өздерінің гипохолестеринемиялық әсерін жүзеге асыра алады. ӨТТЛП төменгі тығыздықтағы липопротеидтердің прекурсоры екені белгілі.

Розувастатин - үшінші ұрпақтың синтетикалық статині. Розувастатиннің холестеринді айқын төмендететін әсері оның ұзақ жартылай шығарылу кезеңімен де (19 сағат) байланысты, бұл холестерин биосинтезіндегі негізгі ферменттің белсенділігін ұзақ уақыт бөгеуге мүмкіндік береді. Розувастатиннің әсерінен негізгі ақуыз ТТЛП - аполипопротеин (апо) АІ синтезі белсендіріледі: ол әртүрлі мөлшерде 5-тен 15%-ға дейін артады. Препарат 5-40 мг мөлшерде қолданылады. Бастапқы мөлшері 5-10 мг. Терапия басталғаннан кейін, розувастатиннің емдік әсері 1 апта ішінде пайда болады; 2 аптадан кейін деңгейі 90% жетеді [3]. Препараттың максималды әсері әдетте 4-ші аптада тіркеледі және тұрақты қолданумен сақталады. Кез келген статиннің дозасын 2-3 апталық аралықпен арттыру



керек, өйткені осы кезеңде препараттың оңтайлы әсеріне қол жеткіземіз. AST, ALT және креатинфосфокиназаның (КФК) қалыптыдан 3 есеге дейін жоғарылауы клиникалық маңызды болып саналмайды. Тек жоғары көрсеткіштер дәрігердің мұқият қадағалауын қажет етеді.

1. STELLAR зерттеуі (Липидтердің жоғарылауына арналған статиндік терапияны розувастатинмен дозалар арасындағы салыстыру).

Бірқатар салыстырмалы зерттеулерде розувастатин липидтерді төмендететін белсенділігі бойынша басқа статиндерден жоғары болды [4]. Осылайша, 6 апталық ашық рандомизерленген STELLAR зерттеуінде гиперхолестеринемиямен ауыратын науқастарда розувастатиннің тәулігіне 10, 20, 40 немесе 80 мг мөлшерде қолданылғаны зерттеліп, аторвастатин 10, 20, 40 немесе 80 мг/тәул., симвастатин 10, 20, 40 немесе 80 мг/тәул. және правастатинмен 10, 20 немесе 40 мг/тәул. салыстырғанда, липидтерді төмендететін тиімділігі зерттелді [4]. Розувастатин 40 мг мөлшерде ТТЛП холестерин деңгейін 55%-ға, аторвастатин 80 мг мөлшерде 50%-ға, симвастатин 40 мг мөлшерде 47%-ға, правастатин 40 мг мөлшерде 29%-ға төмендетті. Орташа алғанда, розувастатинді қабылдағанда ТТЛП холестеринінің төмендеуі 10-40 мг мөлшерде 52-63% құрады. 40 мг мөлшерде розувастатин триглицеридтердің (ТГ) құрамын 34%-ға төмендетті және (жоғары тығыздықтағы липопротеид) ЖТЛП холестерин деңгейін 10%-ға арттырды, яғни бұл көрсеткіштер бойынша розувастатин барлық басқа статиндерден асып түсті.

2. MERCURI зерттеуі (розувастатинді қолдану арқылы холестериннің тиімді төмендеуін өлшеу). MERCURI зерттеуінде (розувастатинді қолдану арқылы холестеринді төмендетудің тиімділігін зерттеу) - жоғары қауіпті пациенттерде MERCURI I және MERCURI II ашық салыстырмалы рандомизерленген 16 апталық зерттеуде NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program. Adult Treatment Panel III – холестеринді төмендету бойынша АҚШ ұлттық білім беру бағдарламасының III қайта қарауы) және EAS (Еуропалық атеросклероз бойынша қоғамы) сәйкес аторвастатин, симвастатин және правастатиндермен бірдей мөлшерде қолданылғанда, розувастатин 10-20 мг мөлшерде ТТЛП холестериннің мақсатты деңгейіне қол жеткізді [5,6].

3. JUPITER зерттеуі. Рандомизерленген, плацебо-бақыланатын JUPITER зерттеуі әлемнің 55 еліндегі 69 000-нан астам пациенттерді қамтитын және әртүрлі жүрек –қан тамыр ауруларында және атеросклероз дамуындағы қауіпі жоғары адамдарда розувастатиннің әсерін зерттеуге арналған үлкен ғылыми- зерттеу бағдарламаның бөлігі ретінде жүргізілген [7].

Зерттеу розувастатинді күніне 1 рет 20 мг мөлшерде қолдану туралы гипотезаны негізге алып, ТТЛП- холестерин деңгейі төмен немесе қалыпты (130 мг/дл немесе 3,36 ммоль/л-ден төмен) және жоғары деңгейдегі С –реактивті ақуызбен (2,0 мг/л немесе одан жоғары) байланысты жүрек-қан тамырлық асқынулар қауіпі бар пациенттерде миокард инфарктісі, инсульт және басқа да күрделі жүрек ауруларының қауіпін төмендетуге бағытталған.

Розувастатин қабылдаған емделушілерде жүргізілген зерттеу нәтижелері мыналарды көрсетті: 1) миокард инфарктісінің, инсульттің немесе жүрек-қан тамырлық өлімнің қауіпі 2 есе дерлік төмендеді (47%, $p < 0,00001$); 2) миокард инфарктісінің қауіпі 2 еседен астам төмендеді (54%, $p = 0,0002$); 3) инсульт қауіпі 2 есеге жуық төмендеді (48%, $p = 0,002$); жалпы өлім-жітім айтарлықтай төмендеді (20%-ға, $p = 0,02$). Бұл нәтижелер ТТЛП-холестерин деңгейінің орташа 50%-ға ($p < 0,0001$) айтарлықтай төмендеуімен қатар жүрді, 1,42 ммоль/л (55 мг/дл) орташа ТТЛП- холестерин деңгейіне жетті. Жоғары сезімталдық әдісімен өлшенген С-реактивті ақуыз деңгейі 37%-ға төмендеді [8]. Салыстырылған топтардағы жағымсыз жанама әсерлердің жиілігі розувастатин қабылдағандарда жиі байқалған қант диабетінің жаңа жағдайларын қоспағанда, айтарлықтай ерекшеленбеді (2,4%-ға қарсы 3,0%; $p = 0,01$). JUPITER зерттеуі гиперлипидемиясы жоқ, бірақ жоғары сезімтал С-реактивті ақуыздың жоғары деңгейі бар ерлер мен әйелдерде розувастатинмен



20 мг/тәул. мөлшердегі ұзақ мерзімді терапия жүрек – қан тамыр аурларының даму қауіпін айтарлықтай төмендететінін көрсетті [9].

4. ORION зерттеуі (ұйқы артериясының атеромасына розувастатинмен емдеудің нәтижесі: магнитті-резонанстық бейнелеуді бақылау).

ORION 24 айлық рандомизерленген зерттеуде розувастатиннің тәулігіне 5 және 40 мг-мен емдеу кезінде, холестерин деңгейі жоғары және аурудың асимптоматикалық ағымы бар наукастарда ұйқы артерияларындағы атеромалардың мөлшері мен сапалық көрсеткіштері ультрадыбыстық және магнитті-резонансты бейнелеуді қолдану арқылы зерттелді. Ұйқы артерияларындағы «қауіпті» (липидтерге бай) атеросклеротикалық бляшкалардың саны 40% -дан астамға қысқарды [10].

5. ASTEROID зерттеуі (Розувастатиннің тамырішілік ультрадыбыстық зерттеуден алынған коронарлық атероманы бағалауға арналған зерттеу)

Розувастатин айқын липидтөмендететін әсерге ие. ASTEROID зерттеуінде оның коронарлық атеросклероздың регрессиясын тудыратын қабілеті көрсетілген. Бұл ашық, салыстырмалы емес зерттеу 2 жыл ішінде розувастатинді 40 мг мөлшерде қабылдағанда ТТЛП- холестеринінің айтарлықтай төмендеуі (орта есеппен 1,6 ммоль/л дейін) атеросклеротикалық бляшканың статистикалық маңызды регрессиясын тудырғанын көрсетті. ASTEROID зерттеуінде бақылау ретінде жоғары ажыратымдылықтағы коронарлық ультрадыбыстық пайдаланылды. Пациенттерде ТТЛП холестерин деңгейінің 130,4 мг/дл-ден 60,8 мг/дл-ге дейін төмендеуі (төмендеу 53,2%, $p < 0,001$), ал ЖТЛП-холестерин мөлшерінің айтарлықтай жоғарылауы (14,7%, $p < 0,001$) болды. 24 айдан кейін коронарлық артерияның бағаланған сегментіндегі атероматозды бляшкалардың салыстырмалы көлемі 0,79% төмендеуі байқалды ($p < 0,001$). Артерияның ең үлкен тарылуы орнында бляшка көлемі 6,1 мм³ ($p < 0,001$) азайды және орташа қалыпты жалпы атерома көлемі 6,8% төмендеді ($p < 0,001$) [11]. Осыған байланысты, розувастатин тиімді антиатеросклеротикалық препарат болып шықты. Препараттың әсері пациенттердің жасы мен жынысына байланысты емес, препарат ұзақ уақыт қолданғанда тиімді болды [12].

Қорытынды. Розувастатин басқа статиндерден өзінің фармакологиялық қасиеттерімен, липидті төмендететін жоғары белсенділігімен және клиникалық тиімділігімен, әсіресе жүрек-қантамырлық асқынулардың даму қауіпі жоғары емделушілерде ерекшеленеді, бұл оны атеросклерозы бар пациенттерде ағзаның зақымдануының алдын алуда перспективті етеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. 2-е изд., перераб. М.: Триада-Х, 2009. 248 с.
2. Бубнова М.Г. Новые возможности в лечении пациента высокого сердечно-сосудистого риска. Розувастатин и перспективы его применения к клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. 6(6). С. 75–82.
3. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. № 4. С. 80–84.
4. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. et al. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). Am J Cardiol 2003; 92: 152–160.
5. Schuster H., Barter P., Stender S. et al. MERCURI 1 Study Group. Effects of switching statins on achievement of lipid goals: Measuring Effective Reductions in Cholesterol Using Rozuvastatin Therapy (MERCURY I) study. Am Heart J 2004; 147:705–712.
6. Катапано А.Л., Грэм Я., Де Бакер Г., Висклунд О., Чепмен М.Дж., Дрексель А.С., Мотыги А.В., Дженнингс К.С., Ландмессер У., Педерсен Т.Р., Райнер З., Риккарди Г., Токгозоглу Л.,



Вершурен В.М., Влахопулос С., Дресина Д.А., Саморано Дж.Л., Куни М.Т. Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий, 2016 г. Европейское сердце J 2016;37:2999–3058.10.1093/eurheartj/ehw272

7. Ridker P., Danielson E., Fonseca F.A.H. et al. for the JUPITER study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Engl J Med 2008; 359: 2195– 2207.

8. Kones R. Rosuvastatin, inflammation, C-reactive protein, JUPITER, and primary prevention of cardiovascular disease – a perspective. Drug Des Devel Ther 2010; 4: 383–413.

9. Сверхнизкий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности в первичной профилактике у людей с повышенным С-реактивным белком. Результаты испытания JUPITER (Н.А. Грацианский) // Кардиология. 2009. № 1. С. 73–75.

10. Маха Ф., Бейджент С., Катапано А.Л. и другие. Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий, 2019 г.: модификация липидов для снижения сердечно-сосудистого риска: Целевая группа по лечению дислипидемий Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества атеросклероза (EAS). Европейское сердце J 2019;41:111–188.

11. Наджам О., Ламберт Г., Рэй К.К. Прошлое, настоящее и будущее гиполипидемической терапии. Клин Липидол 2015;10:481–498.

12. Михайлова Б., Эмберсон Дж., Блэквелл Л. и другие. Эффекты снижения холестерина ЛПНП при терапии статинами у людей с низким риском сосудистых заболеваний: метаанализ индивидуальных данных 27 рандомизированных исследований. Ланцет 2012;380:581–590

УДК 616-008-07+616-06:613.25

ЭПИДЕМИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ: ПОНИМАНИЕ МАСШТАБОВ ПРОБЛЕМЫ

Токсамбаева Айгерим Батыровна

Магистрант 2 курса кафедры Общественного здоровья и менеджмента

НАО Медицинский университет

Научный руководитель – Омарова Аида Каржасовна, PhD, доцент кафедры
Общественного здоровья и менеджмента НАО Медицинский университет Астана
Астана, Казахстан

Аннотация. Ожирение считается глобальной медицинской проблемой, которую сопоставляют с пандемией. По имеющимся сведениям Всемирной организации здравоохранения в 2016 г больше 1,9 млрд взрослых старше 18 лет страдали от избыточного веса (эти же данные обозначены в отчете за 2020 г.), из этого числа более 650 млн имели ожирение. За последние три десятилетия распространенность ожирения на мировом уровне увеличилась на 28% среди взрослых и 47% среди детей. На сегодняшний день ни в одной стране не удалось обратить вспять тенденцию роста ожирения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2025 году каждый пятый взрослый на планете будет страдать от избыточного веса. Ожирение, или высокий индекс массы тела, представляет собой независимый фактор риска для множества хронических неинфекционных заболеваний, особенно сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смертности среди населения.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, пандемия, фактор риска



Ожирение выступает как одна из ведущих причин инвалидности и смертности в мире. Прогнозируется, что к 2025 году каждый пятый взрослый на планете будет иметь ожирение. За последние 35 лет распространенность ожирения в мире увеличилась примерно в два раза. В 2014 году более 1,9 миллиарда взрослых (39% от общего числа в возрасте 18 лет и старше) имели избыточный вес, из них 600 миллионов (13%) страдали от ожирения, а количество детей с избыточным весом или ожирением составило 42 миллиона [1].

Осложнения, связанные с ожирением, включают сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ХОБЛ (обструктивная болезнь легких), заболевания опорно-двигательной системы, остеоартрит и определенные виды онкологии [2]. Исследования показывают, что с ростом ИМТ (индекс массы тела) растет риск развития этих хронических неинфекционных заболеваний. Кроме того, известно, что ожирение в детском возрасте предрасполагает к ожирению, ранней смерти и инвалидности во взрослом возрасте.

В европейских странах более половины взрослого населения в возрасте от 35 до 65 лет имеют либо избыточную массу тела, либо ожирение [3]. В ходе национального скринингового теста, проведенного в Швеции в период с 1995 по 2017 годы, было установлено, что процент людей с избыточной массой тела (ИМТ выше 25 кг/м²) составил 55,1%, процент людей с ожирением (ИМТ выше 30 кг/м²) составил 16,6%, а процент людей с тяжелой степенью ожирения (ИМТ выше 35 кг/м²) составил 4,2% [4]. Наблюдается тревожно высокая и растущая степень распространенности ожирения в Иордании. В рамках исследования, в котором участвовали 4056 человек (1193 мужчин и 2863 женщин) в возрасте от 18 до 90 лет (среднее стандартное отклонение 43,8±14,2 года), выявлено, что 60,4% мужчин и 75,6% женщин имели ожирение. При этом примерно три четверти участников, как мужчин, так и женщин, имели избыточный вес или ожирение, согласно определению ИМТ [5].

Согласно исследованию Дж. С. Стерн, при сохранении текущих темпов распространения ожирения, к 2230 году все население США будет страдать от этого заболевания [6].

В дополнение к этому, большинство экономически развитых стран Европы, включая Францию, Италию, Германию и т.д., приближаются к уровню ожирения, сравнимому с США. В данных странах примерно до 30% населения страдают ожирением. В экономически развитых странах, за исключением Японии и Китая, около половины населения имеют проблему ожирения. Согласно результатам опроса, который был проведен с ноября 2013 года по август 2014 года в провинции Цзянси, Китай, население страдает избыточной массой тела и ожирением в значительной степени. По результатам анкетирования и физических измерений выяснилось, что распространение избыточной массы тела составляет 25,8% общего числа опрошенных, причем у мужчин этот показатель равен 25,9%, а у женщин - 25,7%. Также было замечено, что жители городов имеют значительно более высокий уровень абдоминального ожирения по сравнению с жителями сельской местности [7].

В странах с развивающейся экономикой распространенность ожирения варьирует от 2,3 до 12%, а избыточная масса тела наблюдается у 28,8% населения, преимущественно среди женщин. В настоящее время на этапе перехода, в этих странах наблюдается более высокий темп прироста веса, равный 1 кг в год, по сравнению с развитыми странами [8]. Например, в Таиланде национальные исследования состояния здоровья показали, что распространенность ожирения (ИМТ≥30 кг/м²) среди взрослых мужчин возрастом от 20 до 59 лет возросла с 1,7% в 1991 году до 6,8% в 2009 году [9].



Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела добровольную цель остановить рост распространенности ожирения к 2025 году. Однако по данным ряда исследований, вероятность достижения этой цели на глобальном уровне практически равна нулю [10].

По данным Организации Объединенных Наций (ООН) на 2013 год, Российская Федерация (РФ) занимала 19-е место среди стран по распространенности ожирения, отставая от лидирующих список Мексики и США на 8% [11]. В Беларуси у 39,4% населения наблюдается избыточный вес, а процент ожирения составляет 28,6%, что похоже на средние показатели по республикам СНГ (38% и 26%) [12].

Результаты исследований, проведенных в 2015 году Казахской академией питания, указывают, что среди взрослого населения РК (15 лет и старше) существует высокая распространенность избыточной массы тела. Согласно данным исследования, в Казахстане у 55,5% женщин и 49,2% мужчин (т.е. у более половины взрослых жителей страны) встречается избыточная масса тела или ожирение. Также каждый седьмой ребенок в возрасте 1- 14 лет (14,7% детей) имеет лишний вес (9,2%) или страдает от ожирения (5,5%). Общая распространенность ожирения в Казахстане также остается высокой, согласно данным Национального центра общественного здравоохранения к концу 2020 года, у более чем 20% казахстанцев встречается ожирение [13].

Увеличение распространенности ожирения наблюдается в разных группах по полу и возрасту, люди с низким уровнем образования и жители сельской местности имеют более высокие показатели избыточной массы тела и ожирения в сравнении с людьми, имеющими высокий уровень образования или проживающими в городской местности [14].

Национальные и семейные традиции, способность родителей выражать любовь и заботу через пищу, а также использование еды в качестве способа справиться со стрессом или нехваткой внимания - все эти факторы могут способствовать формированию патологических типов пищевого поведения [15].

Результаты исследований, проведенных в разных странах, показывают, что за последние 20 лет произошли значительные изменения в питании детей, что способствовало росту проблемы ожирения. Одной из основных причин является отказ от завтраков, что влияет на метаболизм и регуляцию аппетита детей [16]. Также среди негативных факторов можно выделить частый прием пищи вне дома и постоянные перекусы, которые способствуют избыточному потреблению пищи и нерациональному режиму приема пищи. Вклад в поддержание таких тенденций также вносят СМИ, которые активно рекламируют нездоровую пищу и напитки на телевидении и других платформах, к которым дети широко подвергаются [17].

Ожирение порождает экономические последствия и вынуждает систему здравоохранения на чрезвычайно немалые расходы. Общие затраты здравоохранения развитых стран на проблему ожирения составляет около 2-10%.

Ряд отечественных и зарубежных исследователей, считают центральным компонентом профилактики и лечения ожирения - первичное звено [18, 19]. Ведущим инструментом РК в укреплении и сохранении здоровья населения занимает система здравоохранения, функцией которой является повышение доступности, эффективности и качества оказываемой помощи, главным образом первичной медико-санитарной помощи.

Нашлось подтверждение эффективности программ профилактики и лечения ожирения в первичном звене в систематических обзорах 54 публикаций, в которых описывалось 32 исследования [20]. Согласно исследованию, в семьях, соблюдающих рекомендации и сотрудничающие с медицинскими работниками программы снижения веса в амбулаторных условиях дали положительный эффект [21]. Программа снижения веса на базе клиник первичного звена и стационаров дала одинаковую эффективность. Более 85% пациентов с ожирением могут получать эффективную помощь в первичном звене [22].



Однако существуют серьезные проблемы в этой области. Согласно исследованию в США, ожирение было диагностировано педиатрами и врачами общей практики только у половины осмотренных детей, действительно его имевших. В ряде работ была определена нехватка различного рода ресурсов в первичном звене [23, 24].

Таким образом, практически каждый третий человек на планете страдает от ожирения, а их число продолжает расти с каждым годом. Несмотря на отсутствие точных данных о состоянии проблемы ожирения в Казахстане, детальное изучение этой проблемы является ключевым приоритетом для сферы здравоохранения. Тщательное исследование данного вопроса подчеркивает необходимость дальнейших исследований, которые помогут предотвратить риск развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, уменьшить тяжесть последствий болезни и повысить качество жизни пациентов, страдающих избыточным весом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Гончарик И.И. Распространенность ожирения среди взрослого населения, проживающего в районах, загрязненных радионуклидами // Здрав. Беларуси. 2017. No 8. С. 4–6.
2. Fruh SM. Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017;29(S1):S3-S14. doi:10.1002/2327-6924.12510.
3. Европейская хартия по борьбе с ожирением. Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением, Стамбул, Турция 15-17 ноября 2006 г.
4. Hemmingsson E, Ekblom Ö, Kallings LV, Andersson G, Wallin P, Söderling J, Blom V, Ekblom B, Ekblom-Bak E. Prevalence and time trends of overweight, obesity and severe obesity in 447,925 Swedish adults, 1995-2017. *Scand J Public Health.* 2021 Jun;49(4):377-383. doi: 10.1177/1403494820914802. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32349623; PMCID: PMC8135248
5. Ajlouni K, Khader Y, Batieha A, Jaddou H, El-Khateeb M. An alarmingly high and increasing prevalence of obesity in Jordan. *Epidemiol Health.* 2020;42:e2020040. doi: 10.4178/epih.e2020040. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32512659; PMCID: PMC7871146.
6. Stern M. Epidemiology of obesity and its link to heart disease // *Metabolism.* – 2010. Vol. 44, No 9. P. 1–3.
7. HuL, HuangX, YouC, LiJ, HongK, LiP, WuY, WuQ, WangZ, GaoR, BaoH, ChengX. Prevalence of overweight, obesity, abdominal obesity and obesity-related risk factors in southern China. *PLoS One.* 2017 Sep 14;12(9):e0183934. doi: 10.1371/journal.pone.0183934. PMID: 28910301; PMCID: PMC5598943
8. Poobalan A, Aucott L. Obesity Among Young Adults in Developing Countries: A Systematic Overview. *CurrObes Rep.* 2016 Mar;5(1):2-13. doi: 10.1007/s13679-016-0187-x. PMID: 26883372; PMCID: PMC4796326.
9. Aekplakorn W, Inthawong R, Kessomboon P, Sangthong R, Chariyalertsak S, Putwatana P, et al. Prevalence and trends of obesity and association with socioeconomic status in Thai adults: national health examination surveys, 1991–2009. *J Obes.* 2014.
10. Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, et al. The epidemiology of obesity. *Gastroenterology.* 2007May;132(6):2087-2102.
11. Ng, M. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013/ M. Ng, T. Fleming, M. Robinson [et al.] // *Lancet.* – 2014. – Vol.384(9945). – P.766–781.
12. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д. Ожирение: современный взгляд на проблему // *Ожирение и метаболизм.* 2016. Т.13. No1. С. 3-8.
13. Эпидемиологический мониторинг детского ожирения и факторов, его формирующих, в Республике Казахстан. Национальный отчет. 2019-2020 гг. С.220.



14. Hemmingsson E, Ekblom Ö, Kallings LV, Andersson G, Wallin P, Söderling J, Blom V, Ekblom B, Ekblom-Bak E. Prevalence and time trends of overweight, obesity and severe obesity in 447,925 Swedish adults, 1995-2017. *Scand J Public Health*. 2021 Jun;49(4):377-383. doi: 10.1177/1403494820914802. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32349623; PMCID: PMC8135248
15. Luesse HB, Paul R, Gray HL, Koch P, Contento I, Marsick V. Challenges and Facilitators to Promoting a Healthy Food Environment and Communicating Effectively with Parents to Improve Food Behaviors of School Children. *Matern Child Health J*. 2018 Feb 14. doi:10.1007/s10995-018-2472-7.
16. Jacoby E, Grajeda R, Contreras A, Hospedales J. The epidemic of childhood obesity in the Americas must be stopped: Governmental and PAHO leadership are crucial. *Int J Obes Suppl*. 2013 Jun; 3(Suppl 1):S15-7. doi: 10.1038/ijosup.2013.6.
17. Whalen R, Harrold J, Child S, Halford J, Boyland E. Children's exposure to food advertising: the impact of statutory restrictions. *Health Promot Int*. 2017 Oct 30. doi: 10.1093/heapro/dax044.
18. Gorin AA, Wiley J, Ohannessian CM, Hernandez D, Grant A, Cloutier MM. Steps to Growing Up Healthy: a pediatric primary care based obesity prevention program for young children. *BMC Public Health*. 2014 Jan 23; 14: 72. doi: 10.1186/1471-2458-14-72.
19. Kuhle S, Doucette R, Piccinini-Vallis H, Kirk SF. Successful childhood obesity management in primary care in Canada: what are the odds? *Peer J*. 2015 Oct 13; 3: e1327. doi: 10.7717/peerj.1327
20. Seburg EM, Olson-Bullis BA, Bredeson DM, Hayes MG, Sherwood NE. A Review of Primary Care-Based Childhood Obesity Prevention and Treatment Interventions. *Curr Obes Rep*. 2015 Jun; 4(2): 157-73. doi: 10.1007/s13679-015-0160-0.
21. Stettler N, Wrotniak BH, Hill DL, Kumanyika SK, Xanthopoulos MS, Nihtianova S, Shults J, Leff SS, Pinto A, Berkowitz RI, Faith MS. Prevention of excess weight gain in paediatric primary care: beverages only or multiple lifestyle factors. The Smart Step Study, a cluster-randomized clinical trial. *Pediatr Obes*. 2015 Aug; 10(4): 267-74. doi: 10.1111/ijpo.260
22. Owen SE, Sharp DJ, Shield JP. The Bristol Online Obesity Screening Tool: experience of using a screening tool for assessing obese children in primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2011 Oct; 12(4): 293-300. doi: 10.1017/S1463423611000132.
23. Rhee KE, Kessl S, Lindback S, Littman M, El-Kareh RE. Provider views on childhood obesity management in primary care settings: a mixed methods analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 30; 18(1): 55. doi: 10.1186/s12913-018-2870-y.
24. Royall D, Brauer P, Atta-Konadu E, Dwyer JJM, Edwards AM, Hussey T, Kates N. Eliciting Provider and Patient Perspectives on New Obesity Management Services in a Team-Based Primary Care Organization. *Can J Diet Pract Res*. 2017 Sep 1; 78(3): 109-116. doi: 10.3148/cjdpr-2017-005. Epub 2017 Mar 23.



УДК: 618.2:616-003.92-089.168.1:618.14

УЛУЧШЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Мусин Даурен Сергеевич

Магистрант 2 года обучения по специальности «Медицина», Кафедра акушерства и
гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана»

Научный руководитель – Искаков Серик Саятович

Астана, Казахстан

АННОТАЦИЯ.

Актуальность. Следствием каждого кесарева сечения является образование рубца на матке. У некоторых пациентов рубец на матке после операции кесарева сечения заживает не полностью, в результате чего образуется маточная ниша. Большинство малых ниш протекают бессимптомно, но большие ниши после кесарева сечения у небеременных женщин могут вызывать синдром кесарева сечения, который проявляется аномальными маточными кровотечениями, дисменореей и вторичным бесплодием. Среди беременных наличие больших ниш может быть связано с потенциально опасными для жизни последствиями, такими как расхождение шва после кесарева сечения и разрыв матки, нарушения спектра приращения плаценты, предлежание плаценты, беременность с рубцом после кесарева сечения. В связи с возможностью опасных последствий, связанных с возникновением ниши матки, в последние годы многие исследования были сосредоточены на сроке ниши кесарева сечения, его факторы риска, методы диагностики и варианты лечения.

Цель исследования. Обзор актуальных данных об эпидемиологии, факторах риска, методах диагностики и оценка лечения пациентов.

Материал и методы. Поиск литературы был проведен в таких базах, как PubMed, Medline, Scopus в клинических протоколах лечения. Глубина поиска – 17 лет с 2004 по 2021 годы. Критерии включения: обзоры литературы, метаанализы, систематические обзоры, оригинальные исследования, клинические протокола лечения. Критерии исключения: статьи с отсутствием доказательных источников.

Результаты исследования. В данном обзоре литературы представлена информация о послеоперационных исходах проведения операции кесарева сечения у беременных. Влияние различных техник проведения операции на заживление послеоперационного рубца на матке. Отражены статистические показатели частоты проведения операции кесарева сечения в Казахстане, странах Европы и Америки. Отражены основные пути по профилактике осложнений.

Обсуждение результатов. Во всём мире, включая Казахстан, проводятся исследования по изучению проблем, связанных с операцией кесарева сечение и последующим образованием рубца на матке, направленные на прогнозирование последствий после операции, выявление новых этиологических факторов, а также совершенствование методов диагностики и терапии данной проблемы. Использование передовых методов лечения в сочетании с систематическим анализом их эффективности предоставляет возможность оптимизировать стратегии лечения с целью достижения отсутствия осложнений после операций у пациентов.

Выводы. Показания к кесареву сечению должны четко контролироваться, что зависит как от состояния роженицы, так и от коммуникативных навыков врачей. В Консенсусе экспертов по кесареву сечению (2014) перечислены основные показания к КС, при этом хирург должен выполнять оперативное вмешательство строго по требованиям.

Ключевые слова: рубец на матке, кесарево сечение, ниша.



ВВЕДЕНИЕ

Следствием каждого кесарева сечения является образование рубца на матке. У некоторых пациентов рубец на матке после операции кесарева сечения заживает не полностью, в результате чего образуется маточная ниша. Большинство малых ниш протекают бессимптомно, но большие ниши после кесарева сечения у небеременных женщин могут вызывать синдром кесарева сечения, который проявляется аномальными маточными кровотечениями, дисменореей и вторичным бесплодием. Среди беременных наличие больших ниш может быть связано с потенциально опасными для жизни последствиями, такими как расхождение шва после кесарева сечения и разрыв матки, нарушения спектра приращения плаценты, предлежание плаценты, беременность с рубцом после кесарева сечения. В связи с возможностью опасных последствий, связанных с возникновением ниши матки, в последние годы многие исследования были сосредоточены на сроке ниши кесарева сечения, его факторы риска, методы диагностики и варианты лечения.

Цель исследования. Обзор актуальных данных об эпидемиологии, факторах риска, методах диагностики и оценка лечения пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Поиск литературы был проведен в таких базах, как PubMed, Medline, Scopus в клинических протоколах лечения. Глубина поиска – 17 лет с 2004 по 2021 годы. Критерии включения: обзоры литературы, метаанализы, систематические обзоры, оригинальные исследования, клинические протокола лечения. Критерии исключения: статьи с отсутствием доказательных источников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Снижение материнской и перинатальной смертности является ключевым фактором эволюции акушерства как сферы медицины. Прослеживается четкая тенденция к значительному росту частоты кесарева сечения (КС), особенно учитывая недавнее расширение показаний к оперативному вмешательству. Следствием каждого КС является образование рубца на матке. У некоторых больных рубец на матке после КС заживает не полностью, в результате чего образуется маточная ниша. Среди беременных наличие больших ниш может быть связано с потенциально опасными для жизни последствиями, такими как расхождение шва и разрыв матки, нарушение спектра прикрепления плаценты, предлежание плаценты, беременность с прикреплением на рубце после КС. В связи с возможностью опасных последствий, связанных с возникновением маточной ниши, в последние годы многие исследования были сосредоточены на выявлении оптимального срока диагностики ниши после КС, факторов риска и вариантов лечения [1].

Рубец на матке определяется как гипо- или гиперэхогенная линия на передней стенке нижнего сегмента матки, образовавшаяся в результате предшествующего КС, выявленная при ТВУЗИ. Ряд авторов описывают рубец как гипозохогенный дефект >1 мм или дефект миометрия >2 мм на месте КС [2]. Таким образом, рубец после КС состоит из двух компонентов: видимого дефекта и рубцовой ткани, сращенной с миометрием, что обуславливает истончение стенки матки.

Увеличение частоты выполняемых КС связано, в основном, с плановым повторным КС (во избежание разрыва матки); увеличением числа пациенток после миомэктомии, в том числе лапароскопическим методом с коагуляцией ложа узла; числа беременных старше 35-ти лет, в том числе после экстракорпорального оплодотворения; уменьшением числа самопроизвольных родов при тазовом предлежании. Несмотря на это, доказано, что у женщин с КС в анамнезе существует возможность успешного родоразрешения через естественные родовые пути в 60–80% случаев [3].



В течение последних десятилетий частота проведения КС продолжает расти. Всемирная организация здравоохранения рекомендует проведение вмешательства в 10-15% случаев от всех родов [4]. Однако частота КС в Латинской Америке (40,5%), Северной Америке (32,3%) и Европе (25%) значительно выше рекомендуемого процента [5].

По данным официальной статистики, в Республике Казахстан в 2011 году частота операции кесарево сечение составила 14,5%. Нет никаких сомнений в том, что КС является необходимой процедурой для женщин с аномальной плацентацией или для плода с доказанной внутриутробной патологией. Однако, необходимы меры для улучшения исходов у пациентов с КС, так как данная операция в развитых странах является основным фактором риска разрыва матки, глобальная заболеваемость которым оценивается между 0,1 и 0,5%.

Таким образом, рост процента КС в разрезе родовой деятельности стимулировал интерес к возможным исходам и осложнениям данного вмешательства.

Некоторые авторы классифицируют рубец на матке в зависимости от размера дефекта: большой дефект описывается как истончение миометрия на >50% от толщины стенки, другими авторами большой дефект классифицируется как истончение миометрия на >80% от толщины стенки матки [6,7,8]. Большой дефект также может быть классифицирован как толщина остаточного миометрия (ОМ) <2,2 мм при ТВУЗИ [9].

По локализации рубца на матке: в нижнем сегменте матки, в теле матки, частично в нижнем сегменте, частично в теле матки (после истмико-корпорального разреза на матке), в дне матки. По степени состоятельности рубца на матке: состоятельный рубец на матке, несостоятельный рубец на матке [10].

Несколько факторов риска связано с развитием рубцов и ниш в стенке матки, так, четко установлена связь с множественными предыдущими КС и ретрофлексией матки, что позднее было подтверждено рядом авторов [11]. Недавний мета-анализ, включивший 85 728 женщин, подтвердил, что КС в анамнезе в среднем повышает образование рубцов и снижает вероятность последующей беременности на 10% (относительный риск (ОР) 0,91, 95%ДИ (0,87-0,95)) [12]. Позднее, ретроспективное когортное исследование, включающее 1 047 644 женщины, установило, что КС оказывает незначительное влияние на фертильность [13]. При плановом КС последующая фертильность была снижена на 4%, КС по другим показаниям обусловило снижение на 19% и при экстренном КС показатель составил 9%. Даже если снижение рождаемости будет ближе к 4% по причине предыдущего вмешательства, этот процент все равно окажет огромное влияние, учитывая процент КС в мировой статистике.

В систематическом обзоре было предположено, что продолжительность родов, степень дилатации и более низкое положение разреза при КС могут быть потенциальными предрасполагающими факторами для развития ниш [14]. Кесарево сечение, проведенное во время активной фазы родовой деятельности и раскрытие шейки матки >5 см связано с большими дефектами [15]. По-прежнему, не установлена связь между маточными швами и распространенностью рубцового поражения.

Экстрагенитальная патология матери (анемия, острые и хронические инфекции, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания), наличие гестоза, истмико-цервикальной недостаточности, большая кровопотеря могут предрасполагать к послеродовому эндометриту и образованию неполноценного рубца в области разреза. При наличии послеродового эндометрита высок риск несостоятельности швов матки.

Заживление раневой поверхности является сложным процессом, который протекает в три этапа: воспаление (в первые дни - нарушение гомеостаза и повышение реактивности иммунной системы), пролиферация (до 4 недель - грануляция и неоваскуляризация), ремоделирование (до 1-2 лет - образование, отложение коллагена и ремоделирование ткани) [16].



Для тканей матки характерна модель недостаточной пластичности клеток с ограниченной способностью к самовосстановлению. Также зарегистрированы слабые клеточные связи, в том числе и между Т-хелперами, макрофагами М1 и тучными клетками. Пока неясно, является ли это преимуществом или недостатком, учитывая двойную роль макрофагов [17].

Краткая последовательность событий, которая может привести к образованию рубцов на стенках матки следующая: повреждение тканей --> воспаление и заживление с активацией иммунных клеток и высвобождением воспалительных медиаторов, что приводит к миграции фибробластов и эффекторных клеток ремоделирования тканей в область повреждения --> образование рубца - фибробласты начинают секрецию экстрацеллюлярного матрикса, который преимущественно состоит из коллагена. Коллаген формирует фиброзный рубец, который замещает поврежденную ткань --> воздействие на репродуктивную функцию – оказание негативного влияния в виде препятствования нормальному прикреплению эмбриона к стенке матки, ухудшения кровоснабжения и нарушения нормальной контракции матки во время родов.

Различные методы диагностики, включая ТВУЗИ, соногистерографию, гистероскопию и магнитно-резонансную томографию, могут быть использованы для оценки дефектов передней стенки матки.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование является наиболее распространенным методом для оценки целостности стенки матки у небеременных пациенток [18,19]. К преимуществам ТВУЗИ относят небольшую стоимость и неинвазивность такой процедуры, однако при оценке толщины эндометрия, могут быть пропущены небольшие рубцы и ниши, которые могут осложнить будущие роды. Нет общих критериев для оценки рубцов посредством ТВУЗИ. В 2013 Tower и авт. была предложена классификация на основе измерения остаточного миометрия (ОМ) [20]. Остаточный миометрий — это расстояние по вертикали между серозным слоем матки и вершиной дефекта. Остаточная толщина миометрия является наиболее полезным индикатором при оценке рубцов. Остаточный миометрий выглядит тоньше на ТВУЗИ у женщин, которым было выполнено ушивание однорядными швами. Более того, ОМ тоньше у пациентов с двумя или более предшествующими КС и толще у пациентов, перенесших последнее КС более, чем двумя годами ранее [21].

Соногистерография (СГГ) с введением стерильного физиологического раствора (СВР) или геля показывает лучшие результаты по сравнению с ТВУЗИ. Диагностическая ценность СГГ по сравнению с ТВУЗИ выше (56%-84% против 24%-70%) [6,8,14]. Исследование *El-Mazny и авт.* показало специфичность СГГ равную 96% [22]. Однако, одним из недостатков данных методов может быть преувеличение размера дефекта, вызванное повышенным внутриматочным давлением. Проспективное исследование 2018 года, в котором диагностика проводилась через 6 месяцев после КС, показала распространенность рубцовых поражений 22,4% при ТВУЗИ и 45,6% при СГГ с СВР [23].

Гистеросальпингография также может оценивать наличие ниши, однако она не может измерить ОМ, ширину и длину рубцовых поражений, что является ограничением этого метода. Использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволяет определить толщину ОМ на сагиттальных T2-взвешенных изображениях. Магнитно-резонансная томография полезна для оценки нижнего сегмента матки и содержимого полостей матки и дефектов. Ограничением использования является стоимость процедуры.

Диагностическая гистероскопия является «золотым стандартом» для диагностики патологий матки, она обеспечивает прямую визуализацию имеющейся патологии. Может использоваться в мониторинге потенциального лечения, однако не дает представления о характеристике рубцов и ниш, в особенности толщины ОМ.



По сравнению с двухпозиционным УЗИ, трехмерное УЗИ позволяет наблюдать трехмерную пространственную структуру рубца и установить форму, объем кровотока в истмоцеле [24]. Трехмерное УЗИ широко используется при наличии диагностированных рубцовых поражений перед процедурой ЭКО.

Наиболее важными клиническими проблемами, связанными с описываемой патологией, являются длительное менструальное кровотечение, вторичное бесплодие, выкидыш и разрыв матки. Таким образом, восстановление мышечного слоя рубцового поражения, может контролировать симптомы и привести к повышению показателей рождаемости у пациенток с КС в анамнезе.

Лечение может быть медикаментозным, хотя хирургическое вмешательство является предпочтительным методом выбора и включает в себя гистероскопию, лапароскопию (включая роботизированную), лапаротомию и комбинированное лечение (введение геля гиалуроновой кислоты и полиэтиленоксида-натрия-карбоксиметилцеллюлозы и т.д.).

Tahara и соавт. задокументировали уменьшение симптомов и прекращение кровянистых выделений после трех циклов лечения оральными контрацептивами, а также наблюдали исчезновение рубцовых поражений <3мм [25]. *Florio и коллеги* установили, что по сравнению с гормональным лечением хирургическая коррекция более эффективна для сокращения продолжительности АМК и уменьшения хронической тазовой боли [26].

Гистероскопия является «золотым стандартом» исследования полости матки и цервикального канала и методом выбора при АМК. После постановки диагноза для лечения дефекта может быть выполнена оперативная гистероскопия или так называемая истмопластика. По современным данным, при гистероскопическом доступе существует риск повреждения мочевого пузыря и перфорации матки, если толщина миометрия в месте дефекта < 3 мм [27]. Поэтому целесообразно предложение гистероскопии женщинам с толщиной ОМ > 2-2,5 мм или с отношением размера рубцового дефекта к толщине миометрия < 50% от общей толщины стенки матки, а также без желания забеременеть в будущем [28,29]. *Fabres и соавт.* ввели в практику резецирование края рубца с коагуляцией тонкой части дефекта во избежание образования ниш, поэтому менструальные выделения могли оттекать к шейке матки [30]. Общее количество успешных исходов истмопластики составляет 85,5% (59,6–100%) [31]. К преимуществам гистероскопии относят более короткое время операции, меньший риск развития кровотечения, уменьшение продолжительности пребывания в больнице, а также более низкую стоимость [32]. Ограничением является отсутствие возможности ушивания краев раны, соответственно, к отдаленным исходам можно отнести увеличение рубцовой поверхности.

С помощью лапаротомии можно выполнить точную реконструкцию полости матки. На месте предыдущего КС, дефект иссекается до эндометриального слоя, после чего разрез ушивают [33]. *Shepker и соавт.* советуют полную резекцию ниши путем точного сопоставления краев раны двурядным швом, чтобы свести к минимуму риск последующего разрыва матки [34]. До операции толщина ОМ составляла 1,9 мм, а через 2-3 дня после операции средняя толщина составила 8,8 мм. *Jeremy и коллеги* подтвердили частоту наступления беременности в 71% случаев после процедуры лапаротомии [35].

К ранним осложнениям КС относят: послеродовое кровотечение, разрыв или атонию матки, урологические осложнения, тромбозмболические осложнения и эмболию околоплодными водами. К поздним осложнениям КС относятся хроническая тазовая боль, рубец после кесарева сечения, эндометриоз, внематочная беременность, аномальная имплантация плаценты и даже смертность [36].

Одним из самых редких, но наиболее опасных осложнений после предшествующего КС является имплантация эмбриона в области рубцовой ткани [37]. Диагностика эктопической беременности в зоне рубца является сложной задачей и требует опыта.



Основным диагностическим методом является ТВУЗИ. Критериями раннего выявления данной формы беременности в первом триместре являются:

- пустые полость матки и эндоцервикальный канал;
- обнаружение плодного яйца в передненижнем сегменте матки, характерном месте иссечения при КС;
- тонкий (<5 мм) слой стенки матки между плодным яйцом и мочевым пузырем;
- перитрофобластический доплеровский кровоток вокруг амниотической полости с низким импедансом (пульсация <1) и резистивным индексом менее 0,5 [38];
- следует исключить патологии придатков, а также отсутствие жидкости в дугласовом пространстве.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Во всём мире, включая Казахстан, проводятся исследования по изучению проблем, связанных с операцией кесарево сечение и последующим образованием рубца на матке, направленные на прогнозирование последствий после операции, выявление новых этиологических факторов, а также совершенствование методов диагностики и терапии данной проблемы. Использование передовых методов лечения в сочетании с систематическим анализом их эффективности предоставляет возможность оптимизировать стратегии лечения с целью достижения отсутствия осложнений после операции у пациентов.

В рамках этих исследований, базирующихся на кафедре Акушерства и гинекологии №2, НАО «Медицинский университет Астана», проводятся научные работы с оценкой эффективности современных методов диагностики и лечения интро- и послеоперационных осложнений у пациентов с рубцом на матке. Эксплуатация передовых методов лечения, а также систематический анализ их эффективности, способствуют выявлению как положительных, так и отрицательных аспектов применяемых мероприятий. Данный интегрированный подход предоставляет перспективу для Казахстана занять ведущие позиции в области диагностики, лечения и улучшения оперативной техники операции кесарево сечения в будущем.

ВЫВОДЫ

1. Показания к кесареву сечению должны четко контролироваться, что зависит как от состояния роженицы, так и от коммуникативных навыков врачей. В Консенсусе экспертов по кесареву сечению (2014) перечислены основные показания к КС, при этом хирург должен выполнять оперативное вмешательство строго по требованиям.
2. Уменьшение объема иссечений при хирургии гинекологической патологии. Необходимо овладеть хирургическими навыками, чтобы минимизировать образование рубцовых поражений, например, при миомэктомии.
3. Предотвращение нежелательной беременности. Необходимо популяризировать методы контрацепции, чтобы избежать увеличения количества искусственных абортов и связанных осложнений, которые могут травмировать стенки матки.
4. Популяризация стандартизированного использования препаратов для маточного сокращения. Акушерские рекомендации должны быть обнародованы, больницы должны производить регулярную оценку навыков медицинского персонала во избежание чрезмерного использования препаратов данной группы и связанных осложнений (чрезмерные маточные сокращения, дистресс плода и разрыв матки).
5. Скрининговое проведение ТВУЗИ через 6-12 недель после КС и использование диагностических методов оценки рубцов на матке у беременных в первом и третьем триместре способны снизить частоту осложнений [39].



6. Факторы риска при планировании следующей беременности у женщин с рубцом на матке в анамнезе должны учитываться в целях сохранения беременности. К таким факторам относят: время от последних родов до планируемой беременности, так, показатель от 12 до 24 месяцев был связан с самым низким риском преждевременных родов. Женщины с рубцом на матке, паритетом более 2, а также с артериальной гипертензией в анамнезе подвержены более высокому риску неблагоприятных исходов беременности, в т.ч. числу преждевременных родов [40].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ/ REFERENCES:

1. Budny-Winska J, Pomorski M. Uterine niche after cesarean section: a review of diagnostic methods. *Ginekol Pol.* 2021;92(10):726-730. doi: 10.5603/GP.a2021.0195. PMID: 34747000.
2. Naji O, Daemen A, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C, Sayasneh A, McIndoe A, Ghaem-Maghani S, Timmerman D, Bourne T. Changes in Cesarean section scar dimensions during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013 May;41(5):556-62. doi: 10.1002/uog.12334. PMID: 23108803.
3. Uharček P, Brešťanský A, Ravinger J, Máňová A, Zajacová M. Sonographic assessment of lower uterine segment thickness at term in women with previous cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2015 Sep;292(3):609-12. doi: 10.1007/s00404-015-3687-0. Epub 2015 Mar 27. PMID: 25814295.
4. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters.* 2015 May;23(45):149-50. doi: 10.1016/j.rhm.2015.07.007. Epub 2015 Jul 27. PMID: 26278843.
5. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One.* 2016 Feb 5;11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343. PMID: 26849801; PMCID: PMC4743929.
6. Tulandi T, Cohen A. Emerging Manifestations of Cesarean Scar Defect in Reproductive-aged Women. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016 Sep-Oct;23(6):893-902. doi: 10.1016/j.jmig.2016.06.020. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27393285.
7. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, Jurkovic D. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008 Jan;31(1):72-7. doi: 10.1002/uog.5200. PMID: 18061960.
8. Regnard C, Nosbusch M, Fellemans C, Benali N, van Rysselberghe M, Barlow P, Rozenberg S. Cesarean section scar evaluation by saline contrast sonohysterography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Mar;23(3):289-92. doi: 10.1002/uog.999. PMID: 15027020.
9. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009 Jul;34(1):90-7. doi: 10.1002/uog.6395. PMID: 19499514.
10. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 р.
11. Wang CB, Chiu WW, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ. Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009 Jul;34(1):85-9. doi: 10.1002/uog.6405. PMID: 19565535.
12. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2013 Jul;28(7):1943-52. doi: 10.1093/humrep/det130. Epub 2013 May 3. PMID: 23644593.
13. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Mahmood TA, van der Meulen JH, Templeton A. A population-based cohort study of the effect of Caesarean section on subsequent fertility. *Hum Reprod.* 2014 Jun;29(6):1320-6. doi: 10.1093/humrep/deu057. Epub 2014 Apr 29. PMID: 24781430.



14. Bij de Vaate AJ, van der Voet LF, Naji O, Witmer M, Veersema S, Brölmann HA, Bourne T, Huirne JA. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Apr;43(4):372-82. doi: 10.1002/uog.13199. PMID: 23996650.
15. Florio P, Filippeschi M, Moncini I, Marra E, Franchini M, Gubbini G. Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012 Jun;24(3):180-6. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283521202. PMID: 22395067.
16. Pollio F, Staibano S, Mascolo M, Salvatore G, Persico F, De Falco M, Di Lieto A. Uterine dehiscence in term pregnant patients with one previous cesarean delivery: growth factor immunoexpression and collagen content in the scarred lower uterine segment. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Feb;194(2):527-34. doi: 10.1016/j.ajog.2005.07.048. PMID: 16458657.
17. Evrard SM, Lecce L, Michelis KC, Nomura-Kitabayashi A, Pandey G, Purushothaman KR, d'Escamard V, Li JR, Hadri L, Fujitani K, Moreno PR, Benard L, Rimmel P, Cohain A, Mecham B, Randolph GJ, Nabel EG, Hajjar R, Fuster V, Boehm M, Kovacic JC. Endothelial to mesenchymal transition is common in atherosclerotic lesions and is associated with plaque instability. *Nat Commun.* 2016 Jun 24;7:11853. doi: 10.1038/ncomms11853. Erratum in: *Nat Commun.* 2017 Feb 16;8:14710. PMID: 27340017; PMCID: PMC4931033.
18. Marotta ML, Donnez J, Squifflet J, Jadoul P, Darii N, Donnez O. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 May-Jun;20(3):386-91. doi: 10.1016/j.jmig.2012.12.006. Epub 2013 Jan 26. PMID: 23357466.
19. Al Naimi A, Wolnicki B, Mouzakiti N, et al. Anatomy of the sonographic post-cesarean uterus. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 [Epub ahead of print], doi: 10.1007/s00404-021-06074-y, indexed in Pubmed: 33891206.
20. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 Sep-Oct;20(5):562-72. doi: 10.1016/j.jmig.2013.03.008. Epub 2013 May 14. PMID: 23680518.
21. Indraccolo U, Scutiero G, Matteo M, Masticci AL, Barone I, Greco P. Correlations between sonographically measured and actual incision site thickness of lower uterine segment after repeated caesarean section. *Minerva Ginecol.* 2015 Jun;67(3):225-9. PMID: 25909490.
22. El-Mazny A, Abou-Salem N, El-Khayat W, et al. Diagnostic correlation between sonohysterography and hysteroscopy in the assessment of uterine cavity after cesarean section. *Middle East Fertility Society Journal.* 2011; 16(1): 72–76 doi 10.1016/j.mefs.2010.07.015
23. Antila-Långsjö RM, Mäenpää JU, Huhtala HS, Tomás EI, Staff SM. Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Nov;219(5):458.e1-458.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2018.09.004. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30240650.
24. Alalfy M, Osman OM, Salama S, Lasheen Y, Soliman M, Fikry M, Ramadan M, Alaa D, Elshemy S, Abdella R. Evaluation of the Cesarean Scar Niche In Women With Secondary Infertility Undergoing ICSI Using 2D Sonohysterography Versus 3D Sonohysterography and Setting a Standard Criteria; Alalfy Simple Rules for Scar Assessment by Ultrasound To Prevent Health Problems for Women. *Int J Womens Health.* 2020 Nov 3;12:965-974. doi: 10.2147/IJWH.S267691. PMID: 33177887; PMCID: PMC7650036.
25. Tahara M, Shimizu T, Shimoura H. Preliminary report of treatment with oral contraceptive pills for intermenstrual vaginal bleeding secondary to a cesarean section scar. *Fertil Steril.* 2006 Aug;86(2):477-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.020. Epub 2006 Jun 12. PMID: 16769058.
26. Florio P, Gubbini G, Marra E, Dores D, Nascetti D, Bruni L, Battista R, Moncini I, Filippeschi M, Petraglia F. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecol Endocrinol.* 2011 Jun;27(6):434-8. doi: 10.3109/09513590.2010.495431. Epub 2011 Jan 4. PMID: 21204608.
27. Tsuji S, Takahashi A, Higuchi A, Yamanaka A, Amano T, Kimura F, Seko-Nitta A, Murakami T. Pregnancy outcomes after hysteroscopic surgery in women with cesarean scar syndrome. *PLoS One.* 2020 Dec 3;15(12):e0243421. doi: 10.1371/journal.pone.0243421. PMID: 33270754; PMCID: PMC7714235.



28. Vervoort AJ, Van der Voet LF, Witmer M, Thirkow AL, Radder CM, van Kesteren PJ, Quatero HW, Kuchenbecker WK, Bongers MY, Geomini PM, de Vleeschouwer LH, van Hooff MH, van Vliet HA, Veersema S, Renes WB, van Meurs HS, Bosmans J, Oude Rengerink K, Brölmann HA, Mol BW, Huirne JA. The HysNiche trial: hysteroscopic resection of uterine caesarean scar defect (niche) in patients with abnormal bleeding, a randomised controlled trial. *BMC Womens Health*. 2015 Nov 12;15:103. doi: 10.1186/s12905-015-0260-8. PMID: 26563197; PMCID: PMC4642644.

29. Li C, Guo Y, Liu Y, Cheng J, Zhang W. Hysteroscopic and laparoscopic management of uterine defects on previous cesarean delivery scars. *J Perinat Med*. 2014 May;42(3):363-70. doi: 10.1515/jpm-2013-0081. PMID: 24310769.

30. Fabres C, Arriagada P, Fernández C, Mackenna A, Zegers F, Fernández E. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005 Jan-Feb;12(1):25-8. doi: 10.1016/j.jmig.2004.12.023. PMID: 15904593.

31. Raimondo G, Grifone G, Raimondo D, Seracchioli R, Scambia G, Masciullo V. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: a prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015 Feb;22(2):297-301. doi: 10.1016/j.jmig.2014.09.011. Epub 2014 Oct 5. PMID: 25285773.

32. Zhang X, Yang M, Wang Q, Chen J, Ding J, Hua K. Prospective evaluation of five methods used to treat cesarean scar defects. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Sep;134(3):336-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.04.011. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27473332.

33. Pomorski M, Fuchs T, Rosner-Tenerowicz A, Zimmer M. Sonographic evaluation of surgical repair of uterine cesarean scar defects. *J Clin Ultrasound*. 2017 Oct;45(8):455-460. doi: 10.1002/jcu.22449. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28186617.

34. Schepker N, Garcia-Rocha GJ, von Versen-Höynck F, Hillemanns P, Schippert C. Clinical diagnosis and therapy of uterine scar defects after caesarean section in non-pregnant women. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Jun;291(6):1417-23. doi: 10.1007/s00404-014-3582-0. Epub 2014 Dec 17. PMID: 25516174.

35. Iannone P, Nencini G, Bonaccorsi G, Martinello R, Pontrelli G, Scioscia M, Nappi L, Greco P, Scutiero G. Isthmocele: From Risk Factors to Management. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019 Jan;41(1):44-52. doi: 10.1055/s-0038-1676109. Epub 2019 Jan 15. PMID: 30646424; PMCID: PMC10416161.

36. Sholapurkar SL. Etiology of Cesarean Uterine Scar Defect (Niche): Detailed Critical Analysis of Hypotheses and Prevention Strategies and Peritoneal Closure Debate. *J Clin Med Res*. 2018 Mar;10(3):166-173. doi: 10.14740/jocmr3271w. Epub 2018 Jan 26. PMID: 29416572; PMCID: PMC5798260.

37. Overview. Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management: Summary of Updated NICE Guidance. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126> (accessed on 19 April 2020).

38. Osborn DA, Williams TR, Craig BM. Cesarean scar pregnancy: sonographic and magnetic resonance imaging findings, complications, and treatment. *J Ultrasound Med*. 2012 Sep;31(9):1449-56. doi: 10.7863/jum.2012.31.9.1449. PMID: 22922626.

39. Jastrow N, Vikhareva O, Gauthier RJ, Irion O, Boulvain M, Bujold E. Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Apr;47(4):410-4. doi: 10.1002/uog.15786. PMID: 26483275.

40. Zhang, L., Li, H., Li, J. et al. Prediction of iatrogenic preterm birth in patients with scarred uterus: a retrospective cohort study in Northeast China. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 490 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03165-7>



УДК: 613.2: 616.12.292

РОЛЬ ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НУТРИОМИКИ НАСЕЛЕНИИ УЗБЕКИСТАНА

Музаффаров Музаффар Жўрахон ўғли

докторант научно исследовательского института санитарии-гигиены и профессиональных заболеваний министерства здравоохранения Республики Узбекистан,

Китайбеков Султанбек Маратович

докторант научно исследовательского института санитарии-гигиены и профессиональных заболеваний министерства здравоохранения Республики Узбекистан,

Махмудова Марьям Хайитовна

Соискатель Ташкентского Государственного стоматологического института
мустақил изланувчиси,

Худайберганов Анатолий Сагатбаевич

Профессор кафедры гигиены и радиационной безопасности центра развития профессиональных навыков медицинских работников, зав.лабораторией гигиены питания научно исследовательского института санитарии-гигиены и профессиональных заболеваний министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор,

Аннотация. Целью исследования явилось оценка хлебобулочных изделий в качестве источника обеспечения нутриума населении Узбекистана. Получены данные характеризующие потери группы витаминов В, в хлебобулочных изделиях в среднем на 74,0-78,0% исходного уровня в фортифицированной муки, в процессе выпечки хлеба.

Ключевые слова. Хлебобулочные изделия, нутриомика, потери витаминов

Введение. Одним из важнейших направлений фундаментальных исследований в нутрициологии является оценки степени удовлетворения человека за счет отдельных продуктов и рационов физиологических потребностей человека в энергии и пищевых веществах. В данной области науки выполнены исследования, последовательно развивающие и совершенствующие нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения [1,2,3]. Если ранее в нутрициологии на первое место выходило определение степени удовлетворения потребностей человека в макронутриентах, таких как белки, липиды и углеводы, а затем была эра микронутриентов: витаминов, минеральных веществ, микроэлементов, то в настоящее время наступила эра изучения устойчивости данных биологически активных веществ пищи [4]. Накапливается все больше и больше фактов об их ведущей роли в регуляции метаболизма. Их можно расценивать как сила эндогенного воздействия за счет основных жизненно важных компонентов, участвующие в формировании здоровья человека. В последние годы в нутрициологию введено такое новое понятие, как нутриом, - совокупность необходимых алиментарных факторов для поддержания динамического равновесия между человеком как сформировавшимся в процессе эволюции биологическим видом и окружающей средой, направленная на обеспечение жизнедеятельности, сохранение и воспроизводство вида, поддержание адаптационного потенциала организма, системы антиоксидантной защиты, апоптоза, метаболизма, функции иммунной системы [5]. Нутриом, по существу, представляет собой формулу оптимального питания, которая постоянно совершенствуется и дополняется. Знание этой формулы является ключом к формированию оптимальной для человека структуры питания, а значит, и к сохранению его здоровья [1,5]. Совершенно очевидно, что на популяционном уровне нутриом имеет свои особенности, свою структуру и роль в сохранности этих свойств в пище. Необходимость оценки пищевой продукции в качестве нутриом, и, соответственно, актуализация данной проблемы обусловлены



изменениями социально-экономического положения и демографической структуры населения, смещением тренда структуры заболеваемости населения в сторону социально значимых неинфекционных заболеваний, связанных с нарушениями питания и обмена веществ, развитием исследований по оценке значимости некоторых пищевых веществ и взаимосвязи питания и здоровья, а также наблюдающимися изменениями антропометрических характеристик детей и взрослых.

Целью исследования явилось оценка хлебобулочных изделий в качестве источника обеспечения нутриума населению Узбекистана.

Объекты и методы исследований. Объектами исследований служили хлебобулочные изделия производимые хлебопекарной промышленностью (19 видов) и национальные виды хлебобулочных изделий (7 видов) в малых пекарнях. Лабораторные исследования хлебобулочных изделий включали:

- определение витамина В₁-по ГОСТ 29138-98 «Мука, хлеб витаминизированный.Метод определения витамина В₁»
- витамина В₂ –по ГОСТ 29139-91 «Мука,хлеб витаминизированный. Метод определения витамина В₂»;
- витамина В₁₂ –по ISO 20634— 2018. Определение витамина В₁₂ методом обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии ;
- фолиевой кислоты (витамина В₉)-по МВИ,МН 2146 -2004 «Определения фолиевой кислоты в обогащенных продуктах питания».

Полученные результаты и обсуждения. Попыткой воздействия на нутриом населения в Узбекистане является применения исключительно фортифицированной муки пшеничной первого и высшего сортов. В производстве хлебобулочных изделий применяется фортифицированная мука согласно O'z DSt 1104;2021. Использование данной муки в производстве хлебобулочных изделий должны были обеспечить потребителей достаточным количеством витаминов группы В.

Процесс выпечки хлебобулочных изделий в промышленных хлебопекарнях показали температуры выпечки от +180° до +220° град.С и кратковременно плюс 270-290° С.В малых предприятиях от +230 до 270 грал.С в течении 30-40- мин. По данным лабораторных исследований хлебобулочных изделий выявлены потери всех витаминов в ходе выпечки хлеба (примерно 74,0-78,0% исходного уровня в фортифицированной муки) (таблица 1).. Наибольшие потери составляет витамин В₁₂ с 4,0±0,2 мкг на 100 гр по рецептуре до 2,1±0,02мкг после выпечки, потери которой составили в 2 раза. Бесполезными оказались и фортификация витаминами В₁,В₂,В₃ и фолиевой кислотой потери которых составляют 74,0-78,0%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости поиска новых альтернативных в отношении фортификации муки, методов обеспечения нутриума населения.

Таблица 1. Содержание витаминов в хлебобулочной продукции по данным лабораторных исследований, М±m

№п /п	Наименование продукции	В1	В2	В3	В9	В12	Потери в среднем
1	Формовой хлеб	0,013±0,01	0,085±0,01	0,7±0,01	0,12±0,01мк г	2,8±0,02мкг	75,0%
2.	Булочки без начинок	0,011±0,01	0,065±0,01	0,62±0,01	0,10±0,01 мкг	2,2±0,02мкг	76,0%
3.	Национальные хлебобулочные изделия	0,015±0,01	0,088±0,01	0,7±0,01	0,14±0,01 мкг	2,9±0,02мкг	74,0%
4.	хлебобулочные изделия с начинками	0,010±0,01	0,075±0,01	0,50±0,01	0,09±0,01 мкг	2,1±0,02мкг	78,0%



Выводы:

1. Проведенные лабораторные исследования содержания микронутриентов в хлебобулочных изделиях при использовании фортифицированной муки показали потери всех витаминов в ходе технологического процесса примерно 74,0-78,0% исходного уровня в фортифицированной муке.

2. Наибольшие потери составляет витамин B12 с $4,0 \pm 0,2$ мкг на 100 гр по рецептуре до $2,1 \pm 0,02$ мкг после выпечки, потери которой составили в 2 раза. Беспольными оказались и фортификация витаминами B1, B2, B3 и фолиевой кислотой потери которых составляют 74,0-78,0% при термической обработки.

3. Полученные данные свидетельствуют о необходимости поиска новых альтернативных в отношении фортификации муки, методов обеспечения нутриома населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002 : Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 2002. - 28 с.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ , Копенгаген, 2005 .«Питание и здоровье в Европе, Новая основа для действий»(WHO regional publications. European series ; No. 96)
3. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. Доклад Совместного консультативного совещания экспертов ВОЗ/ФАО (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_rus.pdf). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (Серия технических докладов ВОЗ, No 916).
4. Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания: Метод. рекомендации / Науч.-исслед. ин-т питания Рос. Акад. мед. наук.; Сост. А.Н. Мартинчик, А.К. Батурин, А.И. Феоктистова, И.В. Свяховская. — М., 1996.
5. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Батурин А.К., Васильев А.В., Гаппаров М.М.Г. и др. «Нутриом как направление "главного удара": определение физиологических потребностей в макро- и микронутриентах, минорных биологически активных веществах пищи // Вопросы питания. 2020. Т 89, № 4. С. 24-34. DOI: <https://doi.org/10.24411/0042-8833-2020-10039>

УДК 615.841

ФОТОНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

Айшыбек Аяулым

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің студенті

Ғылыми жетекшісі Алмабаева Н.М.

Алматы, Қазақстан

Аннотация: Медициналық технологияның биофизикалық негіздерін зерттеу қазіргі медицинадағы маңызды бағыт болып табылады, өйткені ол медициналық практика мен технологияның дамуына үлкен әсер етеді. Биофизикалық әдістер арқылы фотоникалық зерттеулердің нәтижесінде әртүрлі ауруларды диагностикасында қолданылатын және әртүрлі ауруларды емдеудегі жаңа инвазивті әдістерін (тез ақпарат алатын, ыңғайлы және бағасы қолжетімді) жасауға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: жарық, фотониканың бағыттары, кристалдар



Жарық кез келген жолмен берілуі мүмкін. Жарықтың таралуы ортаға, таралу жылдамдығына тәуелді. Фотоника көрінетін және оған жақын жатқан спектрлеріндегі ультракүлгін ($\lambda=10-400$ нм), ұзын толқынды инфрақызыл ($\lambda=15-150$ мкм) және спектрдің инфрақызыл бөлігінде ($\lambda=75-150$ мкм) фотондарды генерациялайды, басқарады және анықтауды сипаттайды.

Сонымен қатар бұл сала оптикалық сигналдарды бақылаумен және түрлендірумен айналысады және ақпаратты оптикалық талшықтар арқылы беруден бастап, қоршаған ортаның шамалы өзгерістеріне сәйкес жарық сигналдарын модуляциялайтын жаңа сенсорларды жасауға дейін кеңінен қолданылады. Жарық көздері ретінде фотоникада жарық және суперлюминесцентті диодтар, лазерлер пайдаланады.

Фотоникалық зерттеулердің негізгі бағыттарына талшықты және біріктірілген оптика, соның ішінде сызықты емес оптика, жартылай өткізгіштердің физикасы мен технологиясы, жартылай өткізгішті лазерлер, оптоэлектрондық құрылғылар, жоғары жылдамдықты электрондық құрылғылар кіреді.

Талшықты оптикада жарық көп өзекті жарық өткізгіштер мен иілгіш талшықтар шоғы арқылы таралады. Әр талшық өзінің ұшына түскен жарықты таратады, мұнда өзекті талшықтардың сыну көрсеткіші шеткі талшықтарға қарағанда басым болып келеді. Сондықтан талшық ұшына түскен сәуле оның бойымен толық ішкі шағылу арқылы таралып, басқа талшықтарға өтпейді. Талшықтардың диаметрі бірнеше микроннан сантиметрге дейін болады. Талшықты оптика медициналық құралдарда мұрын кеңсірігінің ішкі қуысын, асқазанды, қолқаны т.б. жарықтандыру үшін қолданылады.

Қолданылатын фотоникалық кристалл талшықтар периодты өзгертін диэлектрлік өткізгіштігі немесе гетерогенділігі бар құрылым, оның уақыты жарықтың толқын ұзындығымен салыстырылады. Бұл кристаллдар сыну көрсеткішінің өзгеруіне байланысты фотон энергиясы үшін рұқсат етілген және тыйым салынған аймақтарды алуға мүмкіндік береді. Яғни фотондық кристалдың тыйым салынған аймағына $E = h\nu$ энергиясы (соған сәйкес жиілігі мен толқын ұзындығы бар) бар фотон түссе, онда берілген кристалда тарала алмайды да, кері шағылады. Ал рұқсат етілген аймақта фотон тарала алады. Сол себептен бұл кристалл оптикалық фильтр (сүзгі) рөлін атқарады, қасиеттеріне байланысты түрлі түсті жолақтар пайда болады. Фотондық кристаллдар сыну көрсеткішінің өзгеруіне байланысты үш топқа бөлінеді:

- *бірөлшемді*, бір кеңістіктік бағытында сыну көрсеткіші периодты түрде өзгереді. Әртүрлі сыну көрсеткіші бар әртүрлі материалдардың бір біріне параллель қабаттардан тұратын бұл кристалға хиралды сұйық кристалдар жатады;

- *екіөлшемді*, екі кеңістіктік бағытында сыну көрсеткіші периодты түрде өзгереді. Мысал ретінде кристалдық торды алуға болады;

- *үшөлшемді*, үш кеңістіктік бағытында сыну көрсеткіші периодты түрде өзгереді. Бұл жерде кристалдар көлемді аймақтағы (сфера, куб және т.б.) үшөлшемді бағыттағы өзіндік қасиеттерді көрсетеді.

Сонымен қатар фотоакустиканы алсақ, онда электромагниттік (әсіресе, жарық) сәуленің қатты денемен, сұйықпен немесе газбен өзара әсерлескенде оптикалық жарық энергиясының акустикалық (дыбыстық) энергиясына түрлендіреді. Акустикалық толқындардың пайда болу механизмі оптикалық өрістегі жылулық эффект, жарықтың қысымы, магнитострикция сияқты эффектілерді тудырады. Қуатты лазер сәулесінің затқа әсері кезінде де дыбыс шығарудың қосымша, өте тиімді механизмдері пайда болады.

Фотоника әртүрлі мәселелерді шешу үшін жарықтың (немесе фотондардың) қасиеттерін зерттеуге және қолдануға бағытталған ғылым мен техниканың саласы. Фотоника оптикалық байланыс пен лазерлерден бастап биомедициналық технологиялар мен оптикалық диагностикаға дейінгі көптеген салаларды қамтиды.

Соның ішінде:



- Микротолқынды фотоника оптикалық сигнал мен жоғары жиілікті (1 ГГц -тен жоғары) электрлік сигналдың өзара әрекеттесуін зерттейді. Бұл салада оптикалық-микротолқынды біріктіру негіздері, фотонды құрылғылардың микротолқынды жұмысы, микротолқынды құрылғылардың фотондық бақылауы, жоғары жиілікті тарату желілері және микротолқынды тізбектерде әртүрлі функцияларды орындау үшін фотониканы пайдалану кіреді.
- Компьютерлік фотоника заманауи физикалық және кванттық оптиканы, математиканы және компьютерлік технологияны біріктіреді және жаңа идеяларды, әдістер мен технологияларды жүзеге асыруға мүмкіндік береді.
- Оптоинформатика – оптикалық технологиялар негізінде ақпаратты беруге, қабылдауға, өңдеуге, сақтауға және бейнелеуге арналған жаңа материалдарды, технологиялар мен құрылғыларды зерттеумен, жасаумен және пайдаланумен байланысты ғылым мен техника саласы болып табылады.

Медицинада осы әдіс-тәсілдер арқылы ағзадағы биологиялық құрылымдар мен үдерістерге әртүрлі физикалық факторлардың (мысалы, электромагниттік өрістер, ультрадыбыстық, лазерлік сәулелену) әсерін бақылау, диагностика және емдеу үшін биофизикалық принциптерді қолданатын инновациялық медициналық құралдар мен жабдықтарды жасау; физиотерапиялық әсер ету механизмдерін зерттеу; биофизикалық тәсілдерді қолдана отырып, медициналық диагностика мен емдеудің қолда бар әдістерін оңтайландыру және жетілдіру жатады.

Бұл өз кезегінде медициналық тәжірибені диагностиканың, емдеудің және денсаулықты бақылаудың жаңа әдістерімен байытуға мүмкіндік береді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Shaked, Natan T., Boppart, Stephen A. Label-free biomedical optical imaging. Nature Photonics, 2023
2. Ремизов А.Н. Медициналық және биологиялық физика (аударған Алмабаева Н.М., Байдуллаева Г.Е., Раманқұлов К.Е.), Мәскеу, 2019
3. Адибаев Б.М., Алмабаева Н.М., Абирова М.А. Биофизика, I том, Қарағанды, 2017
4. Байдуллаева Г.Е., Нурмаганбетова М.О., Бопанова А.О. Биофизика, II том, Қарағанды, 2017
5. Richard L. Van Metter, Jacob Beutel, Harold L. Kundel Handbook of Medical Imaging, Volume 1. Physics and Psychophysics, 2000



ӘОЖ 616.831.9-002-07.084(574)

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Рақымжан Айзада Нұрланқызы

Қоғамдық денсаулық сақтау факультетінің 4 курс студенті,

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ,

Ғылыми жетекшісі: Бейсекова Мауза Мараловна

Қарағанды, Қазақстан

Аннотация: Менингококк инфекциясы бүкіл әлемде өзекті мәселе болып қала береді. Барлық инвазивті бактериялық инфекциялардың ішінде менингококк инфекциясының жалпыланған түрлері сепсис пен гипертотоксикалық формалардың даму қаупі жоғары өмір мен денсаулыққа үлкен қауіп төндіреді, олардың өлім-жітім деңгейі бүкіл әлемде қолайсыз жоғары болып қалады.

Түйінді сөздер: менингококк инфекциясы, сырқаттанушылық, ретроспективті талдау, тенденция, себеп, профилактика.

Өзектілігі: Менингококк инфекциясы – жедел, кең таралған антропонозды жұқпалы ауру. ДДҰ деректері бойынша әлемде жыл сайын менингококк инфекциясының жалпыланған түрлерімен сырқаттанудың 500 мың жағдайы тіркеледі, оның 50 мыңы өліммен аяқталады. Бірақ оған ең сезімтал батыста Сенегалдан шығыста Эфиопияға дейінгі Африкалық «менингит белдеуінде» орналасқан елдердің тұрғындары болып табылады. Бұл аймақтарда жыл сайын менингококкты менингиттің 30 мыңға жуық жағдайы тіркеледі.

Бактериялық инфекцияларды диагностикалауда, емдеуде және алдын алуда соңғы онжылдықтардағы айтарлықтай жетістіктерге қарамастан, бұл инфекциялардың инвазивті түрлері балалар өлімінің жетекші себебі болып қала береді, бұл жыл сайын 4,5 миллионнан астам өлімге әкеледі. Еуропа мен Солтүстік Америкада менингококк инфекциясы (МИ) спорадикалық жағдайлар түрінде жүреді, негізінен өмірдің алғашқы 5 жылындағы балаларға әсер етеді, менингиттен болатын өлім-жітім 100 мың тұрғынға шаққанда 0,2-4,7 құрайды. Осы инфекция циклілігімен сипатталады: Қазақстан үшін – 5-6 жыл. Қазақстанда менингококк инфекциясының үш серотипі сараланған - А, В, С. Қазақстанда менингококк инфекциясына қарсы вакцинация жоспарлы түрде жүргізілмейді. Эндемиялық аймақтарға шығатын адамдар ғана (Сауд Арабиясы Корольдігі және «менингит белдеуі» елдері) менингококк инфекциясы бойынша вакцинацияланады.

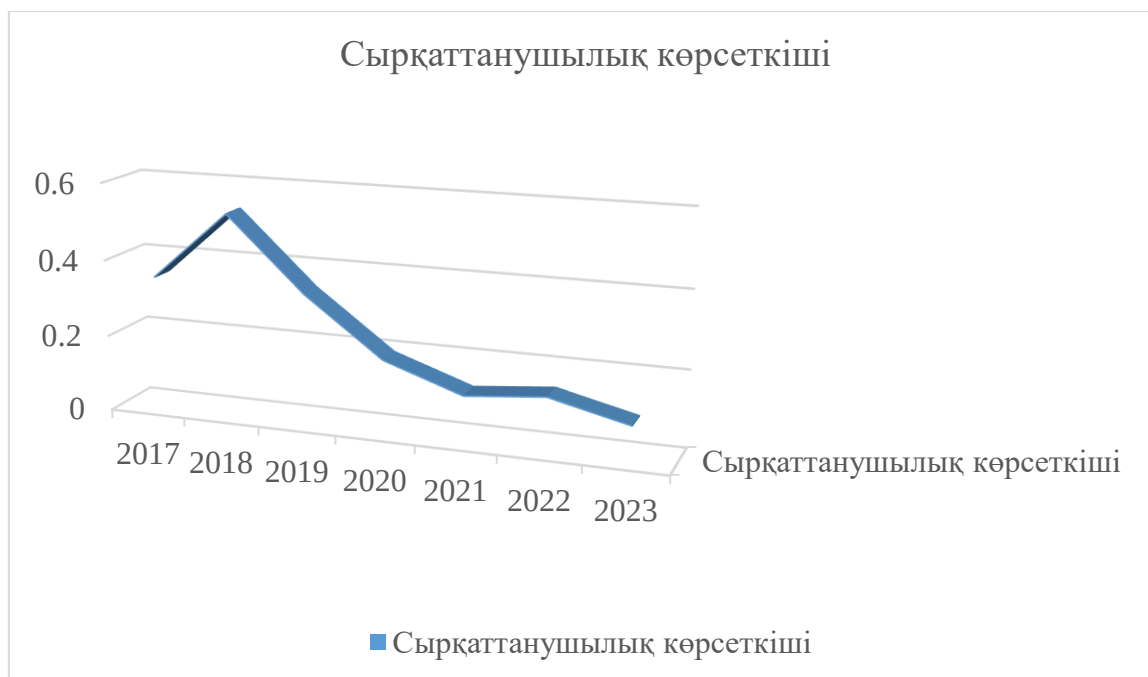
Мақсаты: Ұсынылып отырған шолуда соңғы жеті жылдағы (2017 – 2023 жылдары) Қазақстан Республикасындағы менингококк инфекциясының эпидемиологиялық жағдайына талдау жасау және инфекцияның себебін анықтау және осы себепті алдын алу шараларын көрсету.

Зерттеу материалдары мен әдістері: 2017-2023 жылдары Қазақстандағы менингококк инфекциясымен сырқаттанушылықты ретроспективті талдау деректері.

Зерттеу нәтижелері: Зерттеу мақсатына байланысты менингококк инфекциясының 2017-2023 жылдарға арналған эпидемиологиялық жағдайына талдау жасау. 2016-2018 жылдары сырқаттанушылықтың өсу тенденциясы байқалды. 2018 жылы республикада 100 мың халыққа шаққанда 0,53 көрсеткішпен менингококк инфекциясының 96 жағдайы тіркелді (2017 жылы – 62 жағдай, көрсеткіш – 0,35). 2017 жылмен салыстырғанда менингококк инфекциясымен сырқаттанушылық 1,53 есеге өсумен сипатталады. Осы жылдар ішінде аурушандықтың артуына негізгі себептер инфекция тасымалдаушылары мен суық көктем болды. 2017-2018 жылдар аралығында ай сайын менингококк инфекциясы тіркелді, менингококк инфекциясына тән маусымдылық (қыс/көктем) байқалған жоқ. 2019-



2020 жылдары Қазақстанда көрсеткіштер күрт төмендеді, 2019 жылы – 100 мың халыққа шаққанда 0,34 (63 жағдай), ал 2020 жылы республикада 100 мың халыққа шаққанда 0,19 көрсеткішпен 36 жағдай тіркелді. 2020 жылмен салыстырғанда 2021 жылы менингококк инфекциясымен сырқаттанушылықтың 41%-ға төмендеуіне қол жеткізілді (2021 жылы – 22 жағдай). 2022 жылы республикада 100 мың тұрғынға шаққанда 0,14 көрсеткішпен менингококк инфекциясының 27 жағдайы тіркелді. 2023 жылы Қазақстанда менингококк инфекциясының 18 жағдайы тіркелді. Жалпы, менингококк инфекциясының маусымы қыс пен көктем мезгілі. Бүгінгі таңда өңірлер бойынша бұл аурудың күрт өсуі байқалмады. Осылайша, жеті жылдық динамикаға сәйкес сырқаттанушылықтың төмендеу тенденциясы айқын байқалады.



Бұл графикте, қорытындысы бойынша, 2017-2023 жылдар аралығында менингококк инфекциясымен сырқаттанушылықтың тенденциясы деңгейімен төмендеп отырғаны көрсетілген.

Қорытынды: Менингококк инфекциясы – адамдардың 20%-ға дейін тұрақты мүгедектікке немесе 10%-ға дейін 24-48 сағат ішінде өлімге әкелетін жіті жұқпалы ауру екенін білу маңызды. Кейбір адамдар өздерін бактериялардың симптомсыз тасымалдаушысы деп күдіктенбейді. Жастар мен жасөспірімдердің 24%-ы осы инфекцияның бактерия тасымалдаушылары. Соңғы 3 жылда қоғамдық іс-шаралар аурудың таралуына себеп болды. Қажылық пен Ұмраға бару кезінде қажылар арасында менингококк инфекциясын жұқтыру және қайтып келгеннен кейін олардың туыстарына ауруды одан әрі жұқтыру қаупі артады. Сондықтан вакцинация маңызды, себебі ауру тез дамиды және диагноз қою қиын. Бүгінгі таңда менингококк инфекциясының алдын алуы спецификалық және бейспецификалық профилактиканы қамтиды. Аурудың спецификалық алдын алу үшін менингококк инфекциясына қарсы арнайы вакцина әзірленді. Арнайы емес профилактика үшін иммундық жүйені нығайту бойынша шаралар қабылданады: күнделікті режимді және диетаны сақтау, таза ауада серуендеу, гипотермиядан аулақ болу, жұқпалы ауруларды уақытылы емдеу және инфекция қоздырғышының ықтимал тасымалдаушыларымен байланыста болудан аулақ болу. Сонымен қатар, менингококк инфекциясының алдын алуына мыналар жатады:



- ❖ Аурудың алғашқы белгілері пайда болған кезде ауыр зардаптарды болдырмау үшін медициналық көмекке жүгіну керек, өзін-өзі емдеуге болмайды.
 - ❖ Айналасындағыларды ауыртпау және жұқтырмау үшін мұрын-жұтқыншақтың өткір және созылмалы ауруларын - фарингит, тонзиллит, ларингитті уақытылы емдеу керек.
 - ❖ Менингококк инфекциясы бар науқастар басқалардан міндетті түрде оқшаулануға және стационарда емделуге жатады.
 - ❖ Менингококк инфекциясы бар науқаспен байланыста болған кезде антибиотиктермен алдын алу жүргізіледі.
 - ❖ Инфекция эпидемиясы кезінде адамдар көп жиналатын орындарға (театрлар, дүкендер және т.б.) барудан бас тарту.
 - ❖ Дені сау кезеңде дененің шынығуы.
 - ❖ Күзгі-қысқы кезеңде - мультивитаминді препараттарды немесе С витаминін қабылдау.
 - ❖ Ауа-райына сәйкес киіну.
- Республикада Денсаулық сақтау министрлігі менингококк инфекциясымен сырқаттанушылықты тұрақтандыру бойынша профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шаралардың кешенді жоспарын бекітті.
- Ауруды емдеуден гөрі алдын-алу оңай екенін есте ұстаған жөн!

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Малый В.П., Винникова Н.В. Полимеразная цепная реакция в диагностика менингококкового менингита // Международный медицинский журнал. - 2010. - №1. – С. 51-56.
2. 2018 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық Е40 сақтау ұйымдарының қызметі=Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году: Стат. жинақ.-Нұр-Сұлтан, 2019.-324б.-қазақша, орысша.
3. 2020 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық Е40 сақтау ұйымдарының қызметі=Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году: Стат. жинақ.-Нұр-Сұлтан. 2021.-324б.-қазақша, орысша.
4. 2022 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі=Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2022 году: Стат. жинақ.-Астана. 2023.-340б.-қазақша, орысша.
5. Адаптировано из Сатаева, А. М., и Ж. А. Куланчиева. "Анализ эпидемиологической ситуации по менингококковой инфекции в Республике Казахстан." Окружающая среда и здоровье населения (2018):11
6. Becka C.M., Chacón-Cruz E. Meningococcal Disease // J Infect Dis Ther. – 2015. - №3. – P. 235-247. doi:10.4172/2332-0877.1000235
7. <https://24.kz/ru/news/social/item/>
8. <https://www.gov.kz/memleket/entities/>
9. https://kaz.tengrinews.kz/kazakhstan_news/



УДК: 340.6:616-001.85

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОВЕШЕНИЯ

Т.А. Петровская¹, Ф.А. Галицкий², Т.З. Жакупова³

¹Т.А. Петровская - магистрант 2-го года обучения кафедры судебной медицины,

²Ф.А. Галицкий - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры
судебной медицины,

³Т.З. Жакупова - кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры
судебной медицины,

НАО «Медицинский университет Астана»,
Астана, Казахстан

Аннотация: В судебной медицине, асфиксия, вызванная воздействием внешнего механического фактора, называется механической асфиксией [1]. Повешение — наиболее часто встречающийся вид механической асфиксии, при котором сдавление шеи петлей происходит под тяжестью всего тела или его части [2]. Особое внимание в судебной медицине уделяется вопросам прижизненности strangulation, а также различным вариантам развития смерти при strangulation асфиксии и их морфологическим проявлениям.

Данная работа направлена на изучение судебно-медицинских характеристик повешения, а также нацелена проанализировать морфологические особенности в различных случаях танатогенеза повешения. Особое внимание уделяется морфологическим изменениям при повешении в разрезе возрастных групп «дети и подростки» и «пожилые» [3].

Ключевые слова: механическая асфиксия, повешение, судебная медицина.

Введение: По данным мировой статистики, смерть в результате механической асфиксии занимает лидирующее место среди причин насильственной смерти [4]. Согласно базе данных Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), основанной на свидетельствах о смерти жителей США и позволяющей осуществлять поиск по множественным причинам смерти за 2010-2020 гг., за этот период произошло около 20 000 несчастных случаев и случайных смертей, связанных с различными типами механической асфиксии, такими как утопление, повешение, сдавление и обтурация [5].

Судебно-медицинская диагностика механической асфиксии основывается на видовых и общеасфиктических морфологических признаках, протоколах осмотра места происшествия и результатах дополнительных исследований. Однако, особое внимание учету различных возрастных категорий и индивидуальным особенностям погибших, а также механизмам развития смерти не уделяется. Тогда как эти факторы особенно важны для уточнения морфологических характеристик при strangulation асфиксии.

Эти данные могут повысить качество судебно-медицинских экспертиз, облегчить дифференциальную диагностику strangulation асфиксии и снизить риск экспертных ошибок при проведении экспертиз данного вида.

Цель настоящего исследования. Изучение и оценка морфологических проявлений strangulation асфиксии у повешенных в зависимости от механизма наступления смерти для совершенствования существующих диагностических критериев.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 285 заключений судебно-медицинских экспертиз лиц, умерших от «механической асфиксии в результате сдавления органов шеи петлей при повешении», проведенных в ФРГКП ЦСЭ ИСЭ по г.Астана за период с 2019-2022гг.



Результаты и их обсуждение. Результаты анализа показали, что 86% (245 лиц) среди умерших от повешения составляют мужчины, 14% (40 лиц) - женщины. Отмечены единичные случаи в возрастной категории «дети». Но наибольшее количество приходится на возрастную категорию «молодые» - 41%. Умершие в 61% на момент наступления смерти находились в состоянии алкогольной интоксикации, в основном легкой или средней степени (0,5-1,5‰ - 31% случаев (54 трупа); 1,51-2,5‰ - 40% (70 трупов); 2,51-3,0‰ - 25% (44 трупа); 3,01-5‰ - 4% наблюдений (6 трупов). Наибольшее число лиц, умерших от повешения, приходится на весенне-летние месяцы, а наименьшее наблюдается в осенние месяцы - 19% (54 трупа).

Местом обнаружения трупа в большинстве случаев явилось жилое помещение - 60% (171 труп), на улице - 26% (74 трупа).

Среди макроскопических признаков прижизненности выявлялись чаще всего: экхимозы в соединительнотканную оболочку век - 82%, разрывы и кровоизлияния в интиме сонных артерий - 22%, кровоизлияния на коже борозды - 8%, переломы подъязычной кости с кровоизлияниями в окружающих тканях - 10%. Микроскопические признаки прижизненности, встречающиеся чаще всего: кровоизлияния в кожу борозды - 93%, острая эмфизема легких - 93%, серозный альвеолярный отек - 80%, интраальвеолярные кровоизлияния - 42%. При судебно-медицинской экспертизе необходимо учитывать, что признаки, выявленные при экспертизе, имеют разную выраженность при разном генезе наступления смерти.

Легочной вариант танатогенеза обусловлен нарушением проходимости дыхательных путей, приводящим в итоге к изменению биомеханики акта дыхания и развитию гипоксии. В ходе наружного осмотра и последующего вскрытия обнаруживаются: цианоз кожных покровов шейно-лицевой области, венозного полнокровия внутренних органов, переполнения кровью правой половины сердца и полых вен, петехиальных кровоизлияний в кожу лица, шеи, серозные и слизистые оболочки, острой альвеолярной эмфиземы, жидкое состояние крови. В качестве вспомогательных критериев следует обращать внимание на характерные для гипоксии более поздние сроки охлаждения тела при быстром возникновении обширных трупных пятен интенсивной окраски, более раннее трупное окоченение и появление гнилостных изменений [6].

В результате многочисленных исследований случаев странгуляционной асфиксии было установлено, что развитие различных вариантов танатогенеза зависит от положения тела, длительности периода странгуляции и расположения петли на шее. Эти факторы определяют различную степень давления, оказываемого петлей на различные анатомические структуры шеи [1,7]. Постепенное, «плавное» затягивание петли при неполном повешении в отличие от полного повешения «с рывком», сопровождающегося быстрой утратой точки опоры, приводит к более позднему нарушению функции жизненно важных органов и систем [1]. Развитие сердечного варианта танатогенеза связано с уже имеющейся патологией сердечно-сосудистой системы. Смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности может быть следствием рефлекторного механизма, активизируемого при заднем расположении петли [7]. В качестве главного танатогенетического фактора, остановка сердца на ранних этапах приводит к формированию прерванной асфиксии. При таком развитии событий при вскрытии не удастся выявить характерные признаки асфиксии, упомянутые выше. Другим возможным механизмом, приводящим к летальному исходу в случаях механической асфиксии при повешении, является мозговой вариант танатогенеза, который может быть связан с нарушением кровоснабжения головного мозга, вызванным сдавлением сонных артерий.

Возможность развития странгуляционной асфиксии по практически любому из известных вариантов танатогенеза требует от судебно-медицинского эксперта тщательно анализировать все морфологические проявления.



Выводы.

В структуре смерти в результате повешения преобладают совершеннолетние мужчины, в большинстве своем находившиеся в состоянии алкогольной интоксикации легкой или средней степени.

При судебно-медицинской экспертизе необходимо учитывать, что выявленные признаки имеют разную выраженность в зависимости от генеза смерти. Развитие различных вариантов танатогенеза зависит от положения тела, длительности периода strangulation и расположения петли на шее.

Необходимость анализа всех морфологических проявлений при strangulationной асфиксии совместно с любым вариантом танатогенеза повысит качество проведения экспертиз этого вида смерти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Витер В.И., Вавилов А.Ю., Кунгурова В.В., Бабушкина К.А.. Механическая асфиксия: судебно-медицинская диагностика и оценка: учебное пособие / сост. – Ижевск, 2016. – 86 с.
2. Молин, Ю. А. Судебно-медицинская экспертиза повешения / Ю. А. Молин. - СПб. : НПО «Мир и семья-95», 1996. - 336 с.
3. Сайт организации ВОЗ <http://who-fic.ru/icf>
4. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина: учебник / под ред. Ю.И. Пиголкина – 3-е изд., перераб и доп. 2012. – 496 с.: ил
5. Сайт <https://wonder.cdc.gov>
6. Тимофеев И.В. Патология лечения. — СПб., 1999. — 656 с.
7. Мишин Е.С. Изменения функций организма при удушении петлей / под ред. Мишин Е.С. — 1987.

УДК: 340.6:616-001.85

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УТОПЛЕНИЯ

Т.А. Петровская¹, Ф.А. Галицкий², В.Д. Осипов³

¹Т.А. Петровская - магистрант 2-го года обучения кафедры судебной медицины,

²Ф.А. Галицкий - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры
судебной медицины,

³В.Д. Осипов - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
судебной медицины,

НАО «Медицинский университет Астана»,
Астана, Казахстан

Аннотация: Работа посвящена изучению отдельных судебно-медицинских особенностей экспертизы случаев утопления, включая анализ различных морфологических признаков этого явления. Также рассматриваются особенности в зависимости от пола и возраста пострадавших. Особое внимание уделяется значению лабораторных исследований, в том числе и на наличие диатомового планктона. В основу исследования лег ретроспективный анализ 195 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в филиале РГКП Центр Судебных Экспертиз Института Судебных Экспертиз по г. Астана за период с 2019-2022гг.

Ключевые слова: механическая асфиксия, утопление, диатомовый планктон.



Введение. По данным ВОЗ, каждый год от утопления умирает более 376 000 человек, что делает утопление одной из основных проблем общественного здравоохранения в мире [1].

На количество смертей от утопления влияют и региональные гидрогеологические особенности конкретной страны. В США, например, погибло 3458 человек от утопления что составляет 1,25/100,000, зарегистрированных в 2000 г. Показатель в Австралии составляет 1,7/100 000, а в Китае 10,2/100 000 [2].

Утопление является третьей по значимости причиной смерти от непреднамеренных травм - на него приходится 7% всех случаев смерти, связанных с травмами [3].

Согласно методам систематизации официальных данных о случаях утопления, они не включают ситуации, связанные со смертью от утопления в результате самоубийства или убийства, а также случаи, когда утопление произошло в результате стихийных бедствий или несчастных случаев на водном транспорте.

В практике судебно-медицинского эксперта при исследовании тела, обнаруженного в воде, всегда возникает вопрос о том, было ли погружение тела человека в воду при жизни или после смерти. При проведении экспертизы не всегда можно обнаружить достоверные микро- и макроскопические признаки смерти от утопления. Особое внимание уделяется лабораторным методам исследования, особенно обнаружению диатомового планктона во внутренних органах [4,5].

При утоплении диатомовые водоросли вместе с другими мелкими частицами, взвешенными в воде, проникают в кровь вместе с водой через поврежденные сосуды легких и кровотоком разносятся по внутренним органам [6,7].

Выявление диатомового планктона во внутренних органах, особенно у гнилобно измененных трупов имеет решающее значение для диагностики факта утопления. Несмотря на важность обнаружения диатомей, в последнее время частота обнаружения диатомовых водорослей в органах трупов, лиц погибших от утопления, снижается. Это может быть обусловлено способом разрушения материала, направляемого на исследование, в процессе приготовления минерализата почки. Хотя были разработаны и предложены альтернативные способы определения диатомового планктона - в правом желудочке, крови и пазухах основной кости, которые являются достоверными лабораторными методами диагностики смерти от утопления, но предлагаемый способ так и не получил широкого использования [4].

Цель настоящего исследования – определить некоторые особенности признаков различных типов утопления.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 195 заключений судебно-медицинских экспертиз лиц, погибших от «механической асфиксии в результате закрытия дыхательных путей водой — утопления», проведенных в ФРГКП ЦСЭ ИСЭ по г.Астана за период с 2019-2022гг.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что высокие показатели утопления приходятся на возрастную категорию «молодые» и «средний возраст» - 38% (74 лица) и 34% (67 лиц) соответственно. В категории «дети и подростки» - 18% (35 лиц). Наибольшему риску утопления подвергаются мужчины – общий показатель смертности от утопления среди мужчин почти в 2 раза выше аналогичного показателя среди женщин, так 65% (127 лиц) составляют мужчины, а 35% (68 лиц)- женщины. В состоянии легкой или средней степени алкогольной интоксикации на момент наступления смерти находились 38% (74 лица) погибших.



Исследование указывает на то, что повышенная частота случаев утопления среди мужчин может быть связана с их большим количеством контактов с водой и более рискованным поведением, таким как купание в одиночку, употребление алкоголя перед и во время купания и тому подобное.

Дети, проживающие рядом с открытыми водоемами, такими как канавы, септики или бассейны, также подвержены повышенному риску утопления. Наибольшее число лиц, умерших от утопления, приходится на летний период, что может быть связано с сезонной активностью. При внутреннем исследовании выявлены следующие признаки: стойкая белая или розовато-серая мелкопузырчатая пена у отверстий рта, носа и в дыхательных путях (признак Крушевского) - 60% случаев; параллельные вдавления на поверхности легких от ребер - в 70% случаев; пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа были обнаружены - в 85% случаев; жидкость в пазухах клиновидной кости (признак В.А. Свешникова) - в 50% случаев.

При судебно-медицинской экспертизе необходимо учитывать, что признаки, указывающие на смерть от утопления, могут варьироваться в зависимости от типа утопления.

Примерно в 20% случаев встречался истинный (аспирационный) тип утопления при котором дыхательные пути и легкие заполняются водой. По некоторым данным в процессе утопления человек может аспирировать от 1,5 до 4 л воды. В 35% случаев встречается асфиксический тип, характеризующийся признаками острого кислородного голодания, обусловленного закрытием дыхательных путей водой с развитием стойкого спазма гортани от раздражения её рецепторов водой. И, примерно, в 35% случаев встречается смешанный тип, который характеризуется разнообразием обнаруженных признаков, сочетающих различные типы утопления [8].

Наибольшее количество диатомей обнаруживается в органах с хорошим кровоснабжением, таких как легкие, сердце, печень, почки, а также в самой крови. В случаях смерти в холодной воде из-за рефлекторной остановки сердечной и дыхательной деятельности, диатомей не проникают внутрь организма и обнаруживаются лишь в тканях легких.

Однако, при проведении гистологического исследования диатомовый планктон был обнаружен всего в 30% случаев (как правило, производилось исследование минерализата почки). Этот факт, скорее всего связан с особенностями подготовки материала (минерализата почки), а именно с процессом обработки концентрированными кислотами и кипячение, которые разрушают ценный для диагностики диатомовый планктон [4].

Выводы.

1. Мужчины трудоспособного возраста, находившиеся в состоянии алкогольной интоксикации, очень часто становятся жертвами утопления. Почти половины исследуемых лиц были в состоянии алкогольной интоксикации на момент смерти. Наибольшее число лиц, умерших от утопления, приходится на летний период, что связано с сезонной активностью.
2. Для снижения риска утопления важно обеспечить контролируемый уход за детьми дошкольного возраста и лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения.
3. Определены характерные признаки утопления, которые включают морфологические изменения во внутренних органах и результаты лабораторных исследований, включая наличие диатомового планктона.



4. Отсутствие диатомовых планктона в крови и внутренних органах при гистологическом исследовании, не является доказательством, которое бы исключало смерть от утопления. Такой факт может наблюдаться в случаях, когда смерть наступает из-за рефлекторной остановки дыхания и сердечной деятельности, при асфиксическом типе утопления, а также при подготовке материала для исследования в процессе его обработки концентрированными кислотами, что приводит к уничтожению диатомового планктона, а также при отсутствии диатомовых водорослей в среде утопления.
5. Целесообразно применять методику обнаружения диатомового планктона, предложенную Алтаевой А.Ж. и соавт. (2013), т.к. она способствует сохранению всех видов диатомей в исследуемом трупном материале, что значительно повышает качество и сокращает сроки проведения судебно-медицинских экспертиз.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. World Health Organization. Violence and injury prevention and disability (VIP) – Drowning. World Health Organization. 2010. http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/drowning/en/. Accessed 12 May 2010.
2. World Health Organization. Facts about injuries – Drowning. World Health Organization. 2003. http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en
3. Исламов Ш.Э. Пробелы при производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профессиональным правонарушениям медицинских работников // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2010. Т. 96. № 5. 32
4. Алтаева А.Ж., Галицкий Ф.А., Айдаркулов А.Ш. Усовершенствование методики обнаружения диатомового планктона в трупе при экспертизе утопления // Судебно-медицинская экспертиза, 2013. - №1 – С.35-38.
5. Дидковская, С.П. Лабораторные методы диагностики утопления / С.П. Дидковская // Лабораторные и специальные методы исследования в судебной медицине / под ред. В.И. Пашковой, В.В. Томилина. – М.: Медицина, 1975. – С. 338-352.
6. Свадковский, Б.С. Диатомовый анализ при судебно-медицинской экспертизе утопления / Б.С. Свадковский, В.А. Балякин. – М., 1964. – С. 68.
7. Яблонский М.Ф., Жолнеровский В.М., Буйнов А.А. Анализ результатов исследований на диатомовый планктон при утоплении // Вестник ВГМУ, 2006, Том 5, №1
8. Витер В.И. Механическая асфиксия: судебно-медицинская диагностика и оценка: учебное пособие / сост. В.И. Витер, А.Ю. Вавилов, В.В. Кунгурова, К.А. Бабушкина. – Ижевск, 2016. – 86 с.



УДК: 616.147.17-007.64.072.1:615.849.19-08

АКТУАЛЬНОСТЬ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КАЗАХСТАНЕ

Сатанова Карина Амантаевна

Магистрант НАО «Медицинского университета Астана» специальности «Медицина»

Научный руководитель – д.м.н., профессор Фурсов Алесандр Борисович

Астана, Казахстан

Колоректальный рак – это собирательное понятие для всех видов злокачественных процессов различных отделов толстого кишечника. Точная причина развития рака кишечника неизвестна, однако имеется ряд факторов риска, которые могут послужить для развития данного недуга. К таковым относятся:

Возраст: риск увеличивается с возрастом, особенно после 50 лет.

Семейный и личный анамнез: наличие родственников с колоректальным раком, а также развитию рака подвержены лица, у которых ранее был выявлен онкологический процесс.

Полипы: наличие предраковых полипов в толстой кишке повышает вероятность развития колоректального рака.

Воспалительные заболевания кишечника: хронические воспалительные процессы в толстом кишечнике, такие как язвенный колит, болезнь Крона, могут влиять на развитие рака.

Диета: низкий рацион клетчатки, высокое потребление переработанного мяса, недостаток фруктов и овощей в рационе, могут привести к развитию рака. Также здесь можно отметить в качестве фактора риска употребление алкоголя.

Ожирение и малоподвижный образ жизни: люди страдающие ожирением имеют повышенный риск развития рака.

Колоректальный рак входит в «тройку лидеров» по распространенности в Казахстане, уступая раку молочной железы и раку легкого. Заболеваемость колоректальным раком в Казахстане, как и во всем мире, растет с каждым годом.

Для проведения своевременной диагностики в практику врачей ПМСП с 2011 года внедрен скрининг колоректального рака, имеющий высокую актуальность, так как он позволяет выявить заболевание на ранней стадии, когда лечение более успешно, увеличивая тем самым шансы на выживаемость и снижая смертность от рака толстой кишки.

Первый этап скрининга включает в себя анализ кала на скрытую кровь, при положительном значении которого, пациент направляется на второй этап – скрининговую тотальную видеокколоноскопию.

Тотальная видеокколоноскопия – это инструментальный метод исследования толстой кишки, позволяющий изучить тонус и сократительную способность кишки, выявить даже малейшие изменения в слизистой воспалительного или иного характера. Данный метод исследования позволяет взять материал на гистологическое исследование при выявлении подозрения на онкологический процесс для подтверждения диагноза, а также, при необходимости, позволяющий сразу удалить полипы, снижая тем самым в дальнейшем их возможное перерождение в онкопроцесс.

Колоноскопия является основным методом выявления колоректального рака, так как в большинстве случаев патология протекает бессимптомно, а проявления болезни могут возникнуть уже на поздних стадиях.

Согласно национальной программе скрининг колоректального рака проводится среди мужчин и женщин в возрасте 50-70 лет, с периодичностью один раз в два года. За период работы скрининговых программ, по данным итогового отчета за 2022 год экс-министра здравоохранения Ажар Гиният, за последние 20 лет отмечается увеличение заболеваемости



онкологическими заболеваниями на 25% и снижение смертности, в том числе и от колоректального рака, на 33%.

Резюмируя все вышесказанное можно еще раз отметить, что скрининг колоректального рака позволяет выявить предраковые изменения и полипы, до момента их перерождения, а также болезнь на ранних стадиях, когда лечение более эффективно и имеется больше шансов на выздоровление и позволяя тем самым снизить процент смертности от колоректального рака. Отдельно можно выделить экономическую выгоду, хотя сам скрининг требует затрат на проведение тестов и процедур, в долгосрочной перспективе он может сэкономить средства за счет предотвращения дорогостоящего лечения рака и его осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белялова Н.С., Белялов Ф.И. Скрининг рака наиболее распространенных локализаций // Клиническая медицина. – 2005. – № 10. – С. 4-9.
2. Кулхан Т.Т., Аканов А.Б., Костюк А.В. Руководство по оценке медицинских технологий // Методические рекомендации, Республиканский центр развития здравоохранения Республики Казахстан МЗ РК, Астана. 2011. http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31284221#pos=0;186.
3. Мусина Д.С., Самарова У.С., Тентекпаев Ж.М. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи // Медицина. 2013. №9. С. 7-10. http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2013/2013-9/M_09-13_7-10.pdf.
4. Приказ № 145 от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premier_ministr_rk/zdravoohrane nie/id-V1100006902/.
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы в пилотных регионах». http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31315056#pos=0;0.
6. Приказ МЗСР РК от 29 декабря 2014 года №361 «О внесении изменений в приказ и.о.МЗ РК от 10 ноября 2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». <http://www.enbek.gov.kz/ru/node/322907>.
7. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30861087#pos=1;-173.
8. Указ Президента РК №176 от 15 января 2016 года Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» Наука и Здравоохранение, 1, 2017 Оригинальные исследования



УДК 616.831-005

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА СЛУЖБУ «103» В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 за 2020-2021гг. ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Қаракен Зере Талғатқызы

Соавторы: Алимшаихина К.Ж., Серикова Г.Б., Абибулла Б.Б.

НАО «Медицинский университет Караганды»

Научный руководитель – ассистент профессор Алимшаихина Кулжазира Женисовна
Караганда, Казахстан

Аннотация: в данной статье проведен анализ по обращаемости пациентов с диагнозами по МКБ на службу скорой и неотложной медицинской помощи Карагандинской области в условиях пандемии в течение двух лет. Проведенные нами исследования за 2020-2021 годы выявили увеличение обращений населения на службу 103, с диагнозом КВИ (В 34.2; U 07.1).

Ключевые слова: COVID-19, скорая медицинская помощь, неотложная медицинская помощь.

Служба скорой и неотложной медицинской помощи (ССНМП) является одним из важных звеньев в системе здравоохранения. Ее основной задачей является оказание больным и пострадавшим первой медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. По уровню оказания медицинской помощи населению ССНМП служба делится на два подразделения.

-Скорая медицинская помощь – система организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и (или) в пути следования в медицинскую организацию. Скорая помощь обслуживает вызова 1,2,3 категории срочности.

-Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, не представляющих явную угрозу жизни пациента. Неотложная помощь обслуживает вызова 4 категории срочности [1].

За последние два года в связи с распространением COVID-19 нагрузка на скорую помощь значительно возросла [2]. В связи со сложной эпидемической обстановкой и в Карагандинской области, увеличились количества вызовов, поступающих на пульт скорой помощи. Все сотрудники ССНМП Карагандинской области, работающие в режиме повышенной готовности к «традиционным» поводам вызова СМП, стали заниматься эвакуацией пациентов, таких как, требующих обследования в виде компьютерной томографии, госпитализации в инфекционные стационары с подтвержденной инфекцией или же с подозрением на COVID-19. Таким образом, ССНМП играет важную роль в борьбе с распространением коронавирусной инфекции, транспортируют пациентов в инфекционные стационары. Считается одним из ключевых звеньев, объединяющих амбулаторный и стационарный этапы лечения [3-5].

Цель исследования: изучить влияние пандемии, а также выявить обращаемость пациентов по нозологии в службу скорой и неотложной медицинской помощи в условиях пандемии в Карагандинской области.



Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ обращений населения на 103 по Карагандинской области за период с 2020 г. по 2021 г. Статистические данные вызовов взяты с программы «АДИС» КГП «ОССМП» г. Караганды.

Результаты исследования и их обсуждение:

В период пандемии COVID-19 за 2020-2021гг, был проведен анализ обращаемости пациентов по диагнозам МКБ 10, данное исследование проведено с целью выявить долю обращаемости пациентов с подтвержденной и с подозрением на коронавирусную инфекцию (таблица 1).

Таблица 1- Структура обращаемости пациентов с диагнозами по МКБ в 2020-2021гг.

Диагнозы по МКБ 10	Годы			
	2020 год		2021 год	
	абс.	%	абс.	%
Всего вызовов	607084 тыс.	100%	678656 тыс.	100%
1. ОРВИ (J06)	127217	20,95%	131421	19,36%
2. КВИ (COVID-19) (B 34.2; U 07.1)	5487	0,9%	62775	9,24%
3. Пневмония (J12; J15)	33093	5,45%	34492	5,08%
4. ХОБЛ (J 44)	8342	1,37%	9693	1,42%
5. Бронхит (J 20)	7667	1,26%	9341	1,37%
6. Бронхиальная астма (J45)	9356	1,5%	8556	1,26%
7. Артериальная гипертензия (I 10; I 15)	93198	15,35%	88487	13,03%
8. ХИБС (I 25)	5532	0,91%	6922	1,01%
9. ОНМК (I 64; G 45)	6752	1,11%	6400	0,94%
10. Др. формы стенокардии (I 20.8)	6435	1,05%	5181	0,76%
11. ОКС без подъема ST (I 21.2)	3979	0,65%	3777	0,55%
12. ОКС с подъемом ST (I 21.1)	1116	0,18%	1156	0,17%
13. Алкогольное опьянение (Y 91.9)	20545	3,38%	18401	2,71%
14. Запойное состояние (F 10.1; F 10.2; F10.3; F10.4)	3483	0,57%	2737	0,4%
15. Наркотическое опьянение (F 19.0; F 19.2; F19.3)	207	0,03%	280	0,04%
16. ДЭП (G 93.4)	13295	2,18%	14449	2,12%
17. Гастрит, Дуоденит (K 29)	12143	2,0%	13328	1,96%
18. Панкреатит (K 85; K 86)	7421	1,22%	8559	1,26%
19. О. аппендицит (K 35)	6527	1,07%	8164	1,2%
20. Холецистит (K 81.0; K 81.1)	5895	0,97%	7253	1,06%
21. Травмы (S)	11897	1,95%	13289	1,95%
22. Крапивница, Дерматит, Аллергия неуточненная (L20; L50; T 78.4)	11077	1,82%	12665	1,86%
23. Мочекаменная болезнь МКБ (N 20)	6123	1,0%	7294	1,07%
24. Пиелонефрит (N 10; N11)	5186	0,85%	6659	0,98%
25. Сахарный диабет (E 14; E 14.1; E 14.6)	3689	0,6%	4343	0,63%
26. Депрессивный эпизод (F 32, F 40) Острая реакция на стресс (F 40; F 43)	4509	0,74%	4193	0,61%
27. ДТП, ЧС, Пожары (пострадавшие)	3084	0,5%	2882	0,47%
28. Отравления (T 40, T 42, T43, T 50.9)	1948	0,32%	1693	0,27%
29. Шок (R 57.0; R 57.1; R 57.8; R 57.9; T 79.4)	1355	0,22%	1206	0,19%
30. Комы (R 40.2)	731	0,12%	609	0,09%
31. Смерть до СП (R 95; R 96; R 99)	2766	0,45%	2435	0,4%
32. Смерть при СП (I 46; R 65.3)	231	0,038%	193	0,031%
33. Успешная реанимация	230	0,037%	145	0,023%



В 2020 г. максимальное количество диагнозов поставлено пациентам с заболеваниями органов дыхания, диагноз ОРВИ составил - 127217 (20,95%) вызовов, артериальная гипертензия - 93198 (15,35%), пневмония - 33093 (5,45%), алкогольное опьянение - 20545 (3,38%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) - 13295 (2,18%), гастрит и дуоденит - 12143 (2,0%), травмы - 11897 (1,95%), а также аллергические заболевания - 11077 (1,82%) вызовов.

В 2021 году максимальное количество диагнозов поставлено пациентам с диагнозом ОРВИ - 131421 (19,36%), артериальная гипертензия - 88487 (13,03%), коронавирусная инфекция COVID 19 - 62775 (9,24%), пневмония - 34492 (5,08%), алкогольное опьянение - 18401 (2,71%), ДЭП - 14449 (2,12%), гастрит и дуоденит - 13328 (1,96%), травмы – 13289 (1,95%), а также аллергические заболевания - 12665 (1,86%) вызовов.

Анализ вызовов поступающих с симптомами COVID-19.

В 2020 году в диспетчерскую службу участились звонки по поводу симптомов COVID-19 (кашель, лихорадка, боли в горле). Отмечается увеличение поступления количество вызовов по поводу «Высокая температура выше 38 С у детей до 3-х лет, у беременных» (3 категория срочности) и «Высокая температура, не купируемая самостоятельно» (4 категория срочности), количество которых в 2019 году составило 23.000 тыс. обращений, в 2020 году зафиксировано 40.144 тыс. и в 2021 году - 86.665 тыс. вызовов. Таким образом, согласно таблице 12, отмечается рост вызовов по данным категориям срочности в 2020 и 2021 годах (в 1,7 и в 3,8 раза, соответственно).

Таблица 2- Поводы вызовов ССНМП по симптомам COVID-19

Повод вызова	Годы			
	2020		2021	
	абс.число	%	абс.число	%
Всего вызовов	607084тыс	100%	678.656тыс.	100%
3-4 категории срочности «Высокая температура»	40.144тыс.	6,6	86.665тыс.	12,7
2 категория срочности «Выраженные нарушения внешнего дыхания»	45.664 тыс.	7,5	57.696 тыс.	8,5
4 категория срочности «Состояния требующих проведения медицинских манипуляций в условиях организаций первичной медико-санитарной помощи или стационара»	31.245тыс.	5,1	42.498 тыс.	6,3
Итого:	117.053 тыс.	19,3	186.859 тыс.	27,5



Согласно таблице 2, в 2021 г. количество обращений по поводу «Высокая температура» по 3-4-й категории срочности в сравнении с 2020 г. увеличилось почти в 2 раза. По 2 категории срочности повод «Выраженные нарушения внешнего дыхания» наблюдается увеличение в 2021 году на 1,1 раз. По 4 категории срочности «Состояния требующих проведения медицинских манипуляций в условиях организаций первичной медико-санитарной помощи или стационара», в данную категорию входила вызова с жалобами «Высокая температура», а также «Температура» в 2021 году увеличилось на 1,2 раза.

Количественные показатели пациентов с установленным диагнозом COVID-19

За исследуемый период 2020г.-2021г. были изучены пациенты с диагнозом: U07.1, коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус идентифицированный) обслуженных бригадами скорой и неотложной медицинской помощи Карагандинской области (таблица 3).

Таблица 3 - Структура пациентов с диагнозом Коронавирусная инфекция за 2020-2021гг по Карагандинской области.

Пациенты	Годы			
	2020		2021	
	абс.	%	абс.	%
Всего вызовов	5487	100%	62775	100%
Женщины	2847	51,89	35359	56,33
Мужчины	1995	36,36	20434	32,55
Дети	645	11,75	6982	11,12

Согласно таблице 3, общее количество пациентов с подтвержденной КВИ в 2021 году увеличилось в 11,44 раза. Резкое увеличение, может быть связано с тем, что данный диагноз был впервые установлен и официально утвержден по международной классификации болезней (МКБ) в 2020 году, и в 2021 году мы наблюдали наиболее полный обхват пациентов с симптомами КВИ диагностическим ПЦР тестом на COVID-19.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года № 21713
2. Плавунов Н. Работа московской скорой помощи в условиях пандемии // Московская медицина. – 2021. №3(43). – 37с.
3. Ахметжанов К.К. Опыт работы Павлодарской областной станции скорой медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 // Врач скорой помощи. – 2020. – №12. – 16с.
4. Eli Jaffe, Roman Sonkin, Erik Zerath. Evolution of emergency medical calls during a pandemic – An emergency medical service during the COVID-19 outbreak // The American Journal of Emergency Medicine. – V.43. – 2021. – P.260-266.
5. Yizhe Chen, Yue Yang, Hui Wang. Influence and analysis of ambulance on the containment of COVID-19 in China // Safety Science 5 February 2021 Volume 139 (Cover date: July 2021). URL: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105160>.



СОЗЫЛМАЛЫ ВИРУСТЫ В ГЕПАТИТИНІҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Субханкулова Найля Гапдулеевна, Куламанова Жамига Тулегеновна

Кеңес Одағының Батыры М.Маметова ат. Ақтөбе жоғары медициналық колледжінің
арнаулы пән оқытушылары

Аннотация: В және С гепатиттерінен жыл сайынғы экономикалық шығын 2 миллиард асады. Соңғы бес жылда В гепатитімен ауыратындардың саны екі еседен астам өсті. С гепатитінің жиілігі жыл сайын 7-15% - ға артады. Гемоконтактілі (парентеральды)

В және С вирустық гепатиттері созылмалы патология санатына жатады. Бұл патологиялар гепатоцеллюлярлық карциноманың дамуымен аяқталады. Нis гепатовирустары бауыр паренхимасына әсер етеді, бұл бездің дұрыс жұмыс істемеуіне әкеледі. Осы себепті гепатиттің алдын алу Мемлекеттік деңгейде шешілетін күрделі мәселе болып табылады.

Кілттік сөздер: вирус В, парентералды, алдын-алу шаралары, статистика, диагностика

Гепатитті диагностикалау және емдеу мәселесі өте күрделі болып қала береді, әрдайым тиімді емес және қымбат. ТМД елдерінде вирустық гепатит-ең көп таралған кәсіптік аурулардың бірі. Вирустық гепатиттер - олар әр түрлі көрінуі мүмкін, бірақ негізгі белгілердің арасында сарғаю және оң жақ гипохондридағы ауырсыну ерекшеленеді. Сарғаю бауырда өндірілетін өт тағамды өңдеуге қатысудың орнына қанға еніп, теріге тән сарғыш реңк бергенде пайда болады. Ол зәрге түсіп, оны қараңғы етеді. Нәжіс, керісінше, өт жоғалса, түссіз болады. Бұл бауырдың қабынуымен, атап айтқанда вирустық гепатитпен, вирус органның қалыпты жұмысын бұзған кезде болады. Алайда, вирустық гепатиттер әрдайым сарғаюмен жүре бермейді. Сондай-ақ, өте жиі, сарғыш емес формалар бар, олар соншалықты өткір емес. Гепатит вирустары адам ағзасына екі негізгі жолмен енеді. Ауру адам вирусты нәжіспен шығаруы мүмкін. Су немесе тамақ гепатиті вирусы басқа адамдардың ішектеріне енеді. Дәрігерлер инфекцияның бұл механизмін фекальды-ауызша деп атайды. Бұл А және Е гепатиті вирустарына тән, сондықтан А гепатиті мен Е гепатиті негізінен жеке гигиенаны сақтамаудан, сондай-ақ сумен жабдықтау жүйесінің жетілмегендігінен туындайды. Бұл дамымаған елдерде бұл вирустардың ең көп таралуын түсіндіреді.

Инфекцияның екінші жолы - адамның жұқтырған қанмен байланысы. Бұл В, С, D, G гепатитінің вирустарына тән, инфекцияның таралуы мен ауыр зардаптарына байланысты ең үлкен қауіп-В және С гепатитінің вирустары. Дүние жүзінде донорлардың орта есеппен 0,01 - 2%- ы гепатит вирустарын тасымалдаушылар болып табылады, сондықтан қазіргі уақытта донорлық қан реципиентке құю алдында В және С гепатиті вирустарының болуына зерттелуде.

Медицина қызметкерлері еңбек қызметі процесінде зиянды өндірістік факторлардың (ДПФ) кешенді әсеріне ұшырайтын адамдар санатына жатады. Медицина қызметкерлері вирусты гепатиттермен жалпы ересек тұрғындарға қарағанда жиі ауырады [40], оларды парентеральді жұқтырудың кәсіби қауіп тобына жатқызады [12].

Қазіргі уақытта медицина қызметкерлерінің кәсіби қауіпсіздігін қамтамасыз ету бойынша белгілі бір нормативтік базаның болуына қарамастан, осы контингент арасында ауруханаішілік аурулардың гемоконтактілік инфекциялармен алдын алу жүйесі жетілдіруді талап етеді.



Вирустық гепатит: белгілері, инфекция жолдары

В гепатиті-өмірге қауіп төндіретін бауырдың инфекциялық ауруы, оның қоздырғышы В гепатиті вирусы (HBV) болып табылады. Бұл ауру бүкіл әлемде денсаулық сақтаудың маңызды проблемасын ұсынады. Инфекция созылмалы түрге айналуы мүмкін, цирроздан және бауыр қатерлі ісігінен өлім қаупі жоғары.

Жоғары эндемиялық аудандарда В гепатиті көбінесе анадан балаға босану кезінде (перинатальды берілу) немесе отбасылық шеңберде көлденең берілу нәтижесінде (жұқтырған қанмен байланыс), әсіресе бес жасқа дейінгі балалар арасында беріледі. Анадан жұқтырған нәрестелерде немесе бес жасқа дейінгі балаларда созылмалы инфекция жиі дамиды. HBeAg-оң вирустық гепатиті бар аналарда алдын алу шаралары болмаған кезде (яғни, әдетте, вирустық жүктемесі неғұрлым жоғары) балаға инфекцияның берілу қаупі 70% - дан 90% - ға дейін ауытқиды.

В гепатиті сонымен қатар инені инъекциялау, татуировка жасау, пирсинг және жұқтырған қан мен биологиялық сұйықтықтармен, соның ішінде сілекей, етеккір және вагинальды разряд және ұрық сұйықтығымен байланыс арқылы беріледі. В гепатитімен инфекция жыныстық жолмен жүруі мүмкін, атап айтқанда, еркектермен жыныстық қатынасқа түспейтін ер адамдарда және бірнеше жыныстық серіктестері бар немесе секс-индустрия қызметкерлерімен жыныстық қатынасқа түсетін гетеросексуалдық адамдарда.

Созылмалы В гепатиті ересектерде жұқтырғандардың 5% - дан азында және нәресте мен ерте балалық шақта жұқтырғандардың 95% - ында дамиды. Инфекция медициналық мекемелерде және инъекциялық есірткіні қолданатын адамдар арасында инелер мен шприцтерді қайта қолданған кезде де пайда болуы мүмкін. Сонымен қатар, вирус медициналық, хирургиялық және стоматологиялық процедуралар кезінде, татуировкалар кезінде, сондай-ақ жұқтырған қанмен ластанған ұстара мен ұқсас құрылғыларды қолдану арқылы берілуі мүмкін.

В гепатиті вирусы адам ағзасынан тыс жерде кем дегенде жеті күн өмір сүре алады. Осы уақыт аралығында Вирус вакцинацияланбаған адамның денесіне енген жағдайда инфекцияны тудыруы мүмкін. В гепатитінің инкубациялық кезеңінің ұзақтығы 30-дан 180 күнге дейін және орташа есеппен 75 күнді құрайды. Вирус инфекциядан кейін 30-60 күн ішінде қанда анықталуы мүмкін және созылмалы В гепатитін тудыратын организмде тұрақты бола алады.

Көп жағдайда бастапқы инфекция асимптоматикалық курсқа ие. Алайда, кейбір науқастарда бірнеше аптаға созылатын айқын белгілері бар өткір жағдайлар бар, олар терінің сарғаюы мен склераны, зәрдің қараңғылануын, қатты әлсіздік, жүрек айну, құсу және іштің ауырсынуын қамтиды. Сирек жағдайларда жедел гепатит өлім қаупі бар жедел бауыр жеткіліксіздігінің дамуына әкелуі мүмкін.

В гепатиті вирусы созылмалы жұқпалы бауыр ауруын тудыруы мүмкін, ол уақыт өте келе циррозға (бауырдың тыртықтануы) немесе бауыр қатерлі ісігіне айналуы мүмкін.

Созылмалы инфекцияның даму ықтималдығы адамның гепатит вирусын жұқтырған жасына байланысты. Созылмалы инфекция гепатит В вирусын жұқтырған алты жасқа дейінгі балаларда дамиды.

Жедел В гепатитінде нақты емдеу жоқ. Сондықтан медициналық көмек физикалық жайлылық пен тиісті қоректік тепе-теңдікті сақтау, соның ішінде құсу мен диареядан туындаған сұйықтықтың жоғалуын өтеу болып табылады. Созылмалы В гепатитінде дәрі-дәрмекпен емдеу, соның ішінде ауызша вирусқа қарсы препараттар тағайындалуы мүмкін. Емдеу бауыр циррозының даму процесін бәсеңдетуге, бауыр обырымен сырқаттануды төмендетуге және науқастардың ұзақ мерзімді өмір сүру көрсеткіштерін арттыруға мүмкіндік береді. Бұл ретте дәрі-дәрмекпен емдеу созылмалы В гепатиті бар пациенттердің тек бір бөлігін ғана талап етеді (бағалау бойынша пациенттердің 10% - дан 40% - ға дейін шарттары мен іріктеу критерийлеріне байланысты).



ДДҰ гепатит В вирусын басу үшін ең тиімді болып табылатын Тенофовир мен энтекавирдің ауызша препараттарын қолдануды ұсынады, оларды қабылдау дәрілік тұрақтылықтың қалыптасуына аз әкеледі, қарапайым (күніне 1 таблетка қабылданады) және айтарлықтай жанама әсерлермен бірге жүрмейді, сондықтан пациенттерді мұқият бақылаудың қажеті жоқ. Ресурстары шектеулі көптеген аймақтарда В гепатитін диагностикалау мен емдеуге қол жеткізу әлі де қиын. 2016 жылы HBV-мен өмір сүретін 250 миллионнан астам адамның 10,5%-ы (27 миллион адам) диагнозын білді. Диагноз қойылған тұлғаларды емдеумен қамтудың орташа әлемдік көрсеткіші 16,7% (4,5 миллион адам) құрады. Көптеген пациенттерге диагноз бауыр ауруының кеш кезеңдерінде жасалады.

В гепатитінің созылмалы асқынуларының арасында аурудың ауыртпалығы циррозға және гепатоцеллюлярлық карциномаға түседі. Бауыр қатерлі ісігі тез дамиды және оны емдеудің шектеулі мүмкіндіктерін ескере отырып, аурудың нәтижесі әдетте қолайсыз болады. Табысы төмен елдерде бауыр қатерлі ісігі бар науқастардың көпшілігі диагноз қойылғаннан кейін бірнеше ай ішінде қайтыс болады. Табысы жоғары елдерде мұндай пациенттердің өмірін хирургия мен химиотерапия арқылы бірнеше жылға ұзартуға болады. Табыс деңгейі жоғары елдерде циррозбен ауыратын кейбір науқастарға бауыр трансплантациясы жүргізіледі, алайда мұндай операциялар ауыспалы табыспен орындалады.

ДДҰ-ның соңғы бағалауларына сәйкес, созылмалы В гепатитімен ауыратын бес жасқа дейінгі балалардың үлесі 2019 жылы 1%-ға дейін азайды, ал вакцинацияны енгізу алдындағы онжылдықтарда (яғни 1980-ші жылдардан 2000-шы жылдардың басына дейін) бұл көрсеткіш шамамен 5% - ды құрады. Осылайша, тұрақты даму саласындағы мақсаттар шеңберінде қойылған вирустық гепатиттің элиминациясының бақылау көрсеткіштерінің біріне қол жеткізілді-2020 жылға қарай бес жасқа дейінгі балалар арасында HBV инфекциясының таралуын 1% - дан аз деңгейге дейін төмендету. Соңғы екі онжылдықта бүкіл әлемде В гепатитіне қарсы вакцинацияны кеңейту денсаулық сақтау саласындағы үлкен жетістіктердің біріне айналды және балалар арасында В гепатитін жұқтырудың төмендеуіне ықпал етті.

2019 жылы халықты вакцинаның үш дозасымен қамту көрсеткіші бүкіл әлемде 85% - ға жетті, ал 2000 жылы ол шамамен 30% - ды құрады. Дегенмен, жаңа туған нәрестелерді В гепатитіне қарсы иммундау көрсеткіштері біртекті емес болып қалады. Осылайша, В гепатитіне қарсы вакцинаның алғашқы дозасымен вакцинациялаудың орташа көрсеткіші туғаннан кейін бүкіл әлемде 43% - ды құрайды, алайда ДДҰ-ның Африка өңірінде ол тек 6% - ға тең.

Вакцинацияның толық курсы нәрестелердің, балалар мен жастардың 95% - дан астамында қорғаныс антиденелерінің деңгейінің жоғарылауына әкеледі. Қорғаныс кем дегенде 20 жыл және өмір бойы сақталады. Осыған байланысты ДДҰ үш дозалы вакцинациядан өткен адамдарға қайта егуді ұсынбайды.

2030 жылға дейінгі кезеңге арналған тұрақты даму саласындағы күн тәртібі шеңберінде Гепатитті жою бойынша жаһандық мақсаттарға қол жеткізуде елдерге қолдау көрсету үшін ДДҰ келесі салаларда жұмыс жүргізуде:

- хабардарлықты арттыру, серіктестік құруға жәрдемдесу және ресурстарды жұмылдыру;
- саясаттың ғылыми негізделген шараларын әзірлеу, практикалық іс-қимылдарды ақпараттық қамтамасыз ету үшін деректерді жинау және өңдеу;
- гепатитке қарсы күрес жөніндегі шаралар шеңберінде денсаулық сақтау саласындағы теңдікті арттыру;
- скрининг, көмек көрсету және емдеу қызметтерімен қамтуды кеңейту.

2015 жылғы наурызда ДДҰ өзінің алғашқы "В гепатитінің созылмалы инфекциясы бар адамдарға қатысты алдын-алу, күту және емдеу туралы нұсқаулығын" жариялады.



Атап айтқанда, Нұсқаулықта келесі ұсыныстар бар:

- бауыр ауруының сатысын бағалау және емдеуді тағайындау үшін көрсетілімдерді анықтау үшін қарапайым инвазивті емес диагностикалық тестілерді қолдануға жәрдем көрсету;
- емдеуді ең алдымен бауыр ауруының неғұрлым ауыр сатылары бар және өлім қаупі жоғары адамдарға тағайындау;
- бірінші және екінші кезектегі терапия ретінде дәрілік орнықтылықты қалыптастырудың жоғары тосқауылы бар нуклеозидтер/нуклеотидтер аналогтарын (тенофовир және энтекавир, 2-11 жастағы балаларға арналған энтекавир) пайдалану ұсынылсын.

Сондай-ақ, нұсқаулықта циррозбен ауыратын адамдарға және HBV ДНҚ деңгейі жоғары және бауырдағы қабыну процесінің белгілері бар адамдарға өмір бойы емдеуді тағайындау және емделіп жатқан пациенттерге, сондай-ақ әлі емделмеген адамдарға аурудың дамуын бағалау, емдеу көрсеткіштерін анықтау және бауыр қатерлі ісігін ерте анықтау үшін үнемі бақылау жүргізу ұсынылады

2020 жылдың шілдесінде ДДҰ "hepatitis B вирусының балалық шаққа ауысуы туралы алдын-алу: алдын-алудағы В гепатиті вирусының анадан балаға берілуінің алдын-алу: жүктілік кезіндегі вирусқа қарсы профилактикалық терапия бойынша нұсқаулық) туралы қосымша ұсыныстар жариялады. Бірқатар елдерде немесе аудандарда В гепатиті вирусының вирустық жүктемесін сандық түрде анықтауға және жүкті әйелде профилактикалық емдеу үшін көрсетілімдердің болуы туралы шешім қабылдауға мүмкіндік беретін тестілерді орындау мүмкіндігі шектеулі. Бұл проблема әсіресе табысы төмен елдерде немесе аудандарда немесе жүкті әйелдердің көп саны тіркелген ауылдық жерлерде өткір тұр. Жүктіәйелдерді В гепатитіне тестілеу және ол үшін көрсетілімдері бар адамдарды емдеу АИТВ-ның анадан балаға берілуінің және босанғанға дейінгі күтім шеңберінде туа біткен мерездің алдын алу жөніндегі шаралармен кешенді түрде жүргізілуі мүмкін. Көбінесе бұл тәсіл "үштік жою" деп аталады, өйткені ол анадан балаға үш инфекцияның: АИТВ, мерез және В гепатитінің берілуін жоюға ықпал етеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Юшук Н.Д. «Инфекционные болезни», Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Кришнан П., Дик Ф., Мерфи Э. Влияние образовательных мероприятий на знания работников первичной медико-санитарной помощи о профессиональном воздействии крови или биологических жидкостей. Ок. Med 2007; 57: 98-103.
3. Антонова Т.В. Сестринское дело при инфекционных заболеваниях. Москва, 2015 г.
4. Кузнецов И.Н. Безопасность жизнедеятельности. Учебное пособие, 2016 г.
5. Wilburn SQ Предотвращение травм от игл и острых предметов. Интернет J. Issues Nurs. 2004; 9: 5.
6. Кришнан П., Дик Ф., Мерфи Э. Влияние образовательных мероприятий на знания работников первичной медико-санитарной помощи о профессиональном воздействии крови или биологических жидкостей. Ок. Med. 2007; 57 : 98–103. DOI: 10.1093 / occmed / kql126. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



DOI: 10.51793/OS.2023.26.6.001

ASSESSMENT OF THE STRENGTH OF IMMUNITY AFTER VACCINATION AGAINST VIRAL HEPATITIS B VIRUS

Tadjiyev B.M. Matyakubov M.B.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology,
Infectious and Parasitic Diseases,
Tashkent, Uzbekistan

Annotation. *The aim of the study was to assess the immunity of vaccinated children against hepatitis B*

Key words: *viral hepatitis B, gender differences, immunity, vaccine*

Viral liver infections are a serious global health problem, having a significant negative impact on the health of the population and the health system as a whole [1].

According to statistics provided by the World Health Organization (WHO), 820 thousand people die every year from complications caused by viral hepatitis B. Of this number, over 650 thousand are associated with the development of cirrhosis or hepatocellular carcinoma, and about 130 thousand cases are associated with acute viral hepatitis [2,7]. In the world today, 296 million people are infected with chronic viral hepatitis, while 1.5 million new cases are infected annually. The mortality rate from hepatocellular carcinoma ranks third among oncological diseases worldwide [3].

Vaccination is a key method of preventing viral hepatitis B, because it effectively blocks infection and prevents the development of chronic forms of the disease[4]. The introduction of the hepatitis B vaccine into the immunization programs of countries with high endemicity led to a noticeable decrease in the spread of the virus [5]. It is predicted that by 2030, vaccination will be able to prevent about 210 million cases of chronic viral hepatitis B and reduce the number of deaths by 1.1 million people[6].

Research materials and methods. An enzyme immunoassay of 280 blood samples was performed at the Republican Specialized Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases. Clinical, diagnostic and statistical methods were used for the study. In Tashkent, 280 children aged 0 to 8 years were tested for hepatitis B antigen and underwent enzyme immunoassay. 280 tests were performed before checking blood samples for the presence of Hbsag antigen (rapid test and enzyme immunoassay). The blood was then tested for the presence of antibodies to HBs by enzyme immunoassay. The main group consisted of children vaccinated against hepatitis B, who had vaccination cards, and additional statistical analysis was carried out.

For the express determination of HBsAg, the "HBs COMBO RAPID TEST" test system of American production Aria (CTK Biotech, Inc., valid until 2025-01-29) was used. After confirming the results of the rapid test, an enzyme immunoassay was performed to check the antigen using the «Вектореп В – HBs-антиген» test system from Vector–best.

To assess the level of immunity against hepatitis B, the ELISA method was used with the Vector Best test system (certified according to ISO 13485 until May 12, 2024) to determine the number of Anti-HBs antibodies. After taking the blood, it was transported to the laboratory in a refrigerated container, where the serum was stored at -20 °C. Before the analysis of the rapid test and ELISA for antigens and antibodies, the serum was kept at room temperature for an hour.

The results of the study. As part of the work of the clinical diagnostic laboratory, blood serum taken from 280 children aged 0 to 8 years in Tashkent was studied. During the analysis, 280 blood serum tests were performed for the presence of HBs antigen (using an express test and ELISA). We then tested these blood samples for HBs antibodies using enzyme immunoassay. The



main group of the study consisted of children vaccinated against hepatitis B, and since they had vaccination cards, we also conducted an additional statistical analysis of these cards.

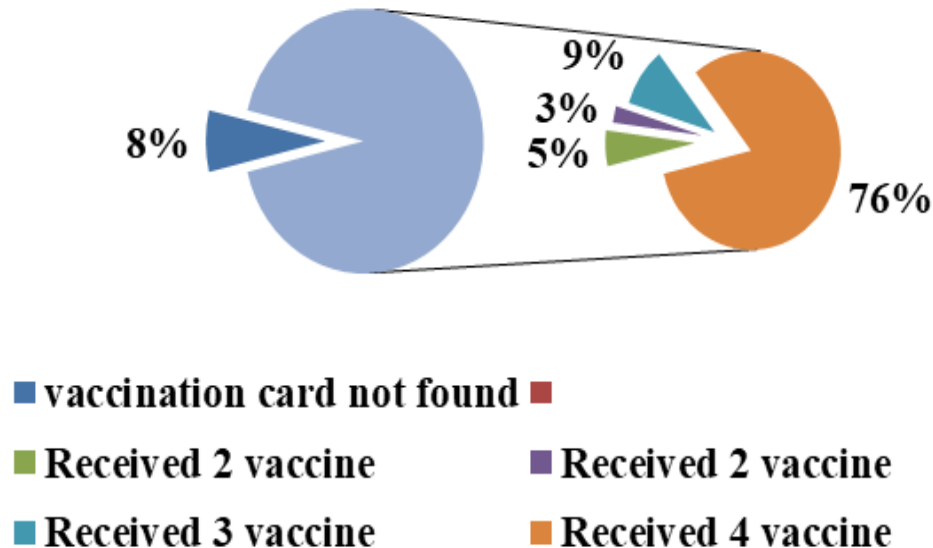


Fig.1 Level of vaccination of the studied children.

As a result of our analysis, it was found that 7.5% of children (21 children) did not have vaccination cards, 5.4% received 1 vaccine (15 children), 2.5% received 2 vaccines (7 children), 10% received 3 vaccines (28 children), and 74.6% of all examined children (209) were vaccinated 4 times.

Table 1. Percentage of children surveyed by gender.

	Categories	Abs.	%	95% DI
Gender	Boys	145	51,8	45,8 – 57,8
	Girls	135	48,2	42,2 – 54,2

The ratio of children by sex in the study group: 52% - boys (145 people), 48% - girls (135 people).

When testing children with negative HBs antigen for the presence of antibodies against HBs antigen, the following results were obtained. Antibodies to the HBs antigen were found in 62% of the total number of children studied - 280 people.

Table 2. Distribution of the presence of antibodies to the HBs antigen and the antigen itself among the studied children.

gender	Anti-HBs antitelo positive	Anti-HBs antitelo negative
Boys	94 (65%)	49 (34%)
Girls	74 (55%)	56 (41%)

In the table, the results are divided by gender. Boys have a higher level of immunity compared to girls.

After checking for the presence of HBs antigen in the remaining sera, where the result was negative, 273 serum samples were subjected to quantitative analysis of the presence of Anti-HBs antibodies by ELISA.



Of the remaining 273 children who participated in our study, all were vaccinated against hepatitis B, and subsequently a study was conducted on the presence of antibodies against the HBs antigen. Anti-HBs antibodies were found in 47% of children who received 1 vaccine, in 86% of children who received 2 vaccines, in 81% of children who received 3 vaccines, in 60% of children who received 4 vaccines, and in 57% of children who could not find vaccination data. This indicates that not all children have an immune response to the antigen, however, an immune response was still detected in most vaccinated children.

When analyzing the immune status of children participating in the study, it was found that 74% of children under the age of one year, 67% of children aged 1 year, 56% of children aged 2 years, 76% of children aged 3 years, 55% of children aged 4 years, 40% of children aged 5 years old, 62% of children aged 6 years, 50% of children aged 7 years had antibodies to the anti-HBs antigen. It follows from this that most children aged 0 to 3 years have a stable immune status, which begins to weaken from the age of 4, however, there are cases of maintaining immunity without loss of effectiveness.

There were no positive results for the viral hepatitis B antigen. Thus, laboratory data and data on vaccination of children obtained during the study show that immunity due to hepatitis B vaccination is effectively preserved in the body and may weaken over time due to lack of contact with the antigen, which leads to the need to produce antibodies to the antigen.

LITERATURE:

1. Nayagam S., Thursz M., Sicuri E., Conteh L., Wiktor S., Low-Beer D., Hallett T. Requirements for global elimination of hepatitis B: a modelling study. *Lancet Infect. Dis.*, 2016, vol. 16, no. 12, pp. 1399–1408. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30204
2. Nelson N.P., Easterbrook P.J., McMahon B.J. Epidemiology of hepatitis B virus infection and impact of vaccination on disease. *Clin. Liver Dis.*, 2016, vol. 20, no. 4, pp. 607–628. doi: 10.1016/j.cld.2016.06.006
3. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., et.al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2020; 71(3): 209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
4. Wang H., Tian C.W., Wang W.M., Luo X.M. Time-series analysis of tuberculosis from 2005 to 2017 in China. *Epidemiol. Infect.*, 2018, vol. 146, no. 8, pp. 935–939. doi: 10.1017/S0950268818001115
5. WHO. Hepatitis B: Fact sheet. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (accessed November 29, 2021).
6. Информационные бюллетени о Целях в области устойчивого развития: задачи, связанные со здоровьем. Вирусный гепатит. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/364953/viral-hepatitis-rus.pdf (дата обращения: 01.07.2022)
7. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Маев И.В. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.

УДК 616

ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЗОНЫ ЗАХРЫНЫ - ГЕДА. ИЗУЧЕНИЕ ЗОНЫ ЗАХАРЬИНЫ – ГЕДА В КАРДИОЛОГИИ

Авазханов Нурсултон Толкинович

Студент Медицинского университета Караганды

Научный руководитель – Каирбекова Карлыгаш Каирбековна
Караганда, Казахстан

Аннотация: Изучение и знание зон Захарьина Гедда является важным составляющим для практики врача по нескольким причинам. Во-первых, зоны Захарьина Гедда представляют собой специфические области на теле человека, которые сопряжены с определенными органами и системами. Во-вторых, зоны Захарьина Гедда могут быть связаны с определенными патологическими процессами в организме. В-третьих, зоны Захарьина Гедда могут быть связаны с психологическим состоянием пациента. Зоны Захарьины – Гедда в кардиологии являются важным аспектом в изучении данных зон так как у пациентов с имеющимся патологиями в сердце отражение болей на данные зоны бывают более выраженными и они помогают врачам при правильном постановлении диагноза.

Ключевые слова: Вегетативная нервная система, Зоны Захарьины – Гедда, Нервная Система, Сердце, Стенокардия, Инфаркт Миокарда, Заболевание сердечно – сосудистой системы, Д, Клиническая медицина, Неврология.

Зоны Захарьина-Гедда — это определенные участки кожи, которые при патологии определенного органа становятся чрезмерно чувствительными и эти участки могут краснеть и часто сопровождаются болью. Первоисследователями этих зон являются Г.А. Захарьин (1829 – 1879 гг.) и Г. Гед (1861 – 1940 гг.).

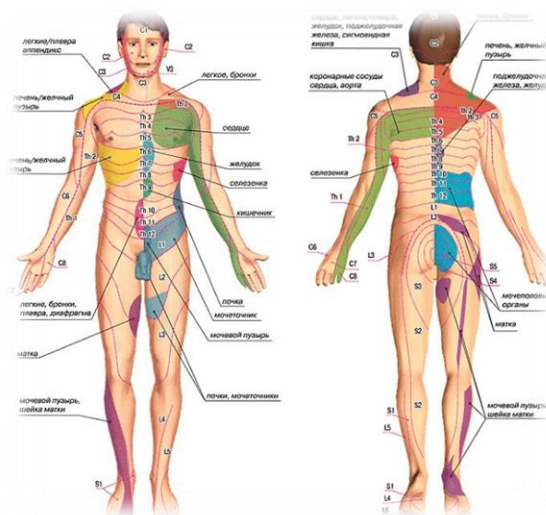


Рисунок 1. Зоны Захарьины – Гедда

Ощущение, вызываемое ноцицептивным раздражением внутренних органов, часто локализуется не в данном органе (или не только в нём), а в отдельных поверхностных участках. Она отражается всегда на участки периферии, иннервируемые тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный внутренний орган. Иными словами, по отношению к кожной поверхности боль появляется в соответствующем дерматоме. Многие органы



иннервируются более, чем одним спинномозговым сегментом; в таких случаях боль отражается в нескольких дерматомах. [1]. Вместе они представляют собой зону Гедд (Захарьина-Гедд) для данного органа. Поскольку связь между дерматомами и внутренними органами (иннервация от одного и того же сегмента) хорошо известна, такая отражённая боль служит важным диагностическим симптомом.

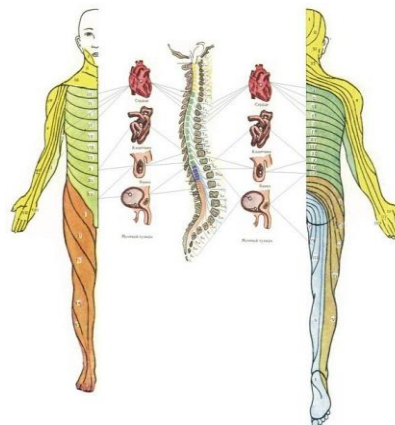


Рисунок 2. Особенности отражение боли.

Возникновение этих болей связано с тем, нейроны, проводящие болевые импульсы от рецепторов пораженного органа и рецепторов соответствующего участка кожи, конвергируют (сближение, слияние) на одном и том же нейроне спиноталамического пути.[3] Раздражение этого нейрона с рецепторов пораженного органа в соответствии с законом проекции боли приводит к тому, что боль ощущается и в области кожных рецепторов.[3]

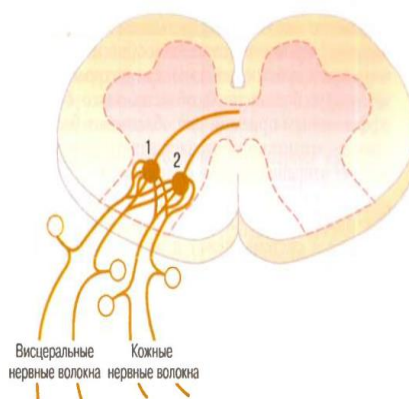


Рисунок 3. Особенности направление нервных волокон

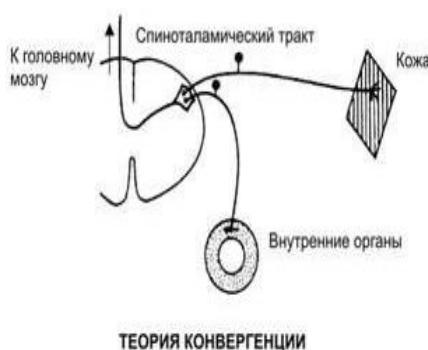


Рисунок 4. Теория конвергенции.



Боли локализуются в определенных участках кожи, называемых зонами Захарьина – Геда: для определенных внутренних органов существуют кожные участки наиболее частого отражения болей. Так, сердце в основном связано с сегментами С₃ – С₄ и D₁– D₆, желудок – с D₆ – D₉, печень и желчный пузырь – с D₇ – D₁₀ и т. д.[1] В местах локализации отраженных болей часто наблюдается также и гиперестезия. Зона Захарьина Геда включает три основные анатомические точки на передней поверхности сердца:

1. Верхняя точка (точка Дренина) находится на верхнем краю сердца в области верхнего края левого предсердия и левого желудочка. Это важная точка для определения верхней границы зоны Захарьина Геда.

2. Нижняя точка (точка Пайяна) расположена на нижнем краю сердца в области нижнего края левого желудочка и левой доли сердца, близко к ребру V слева. Определяет нижнюю границу Зоны Захарьина Геда.

3. Правая точка (точка Густавсона) находится на правой границе сердца в области перехода желудочка и предсердия слева к перегородке. [4]

Определяет правую границу зоны Захарьина Геда. В этих зонах проходят различные коронарные сосуды, такие как передняя кардиальная венозная сеть и передняя межжелудочковая артерия, обеспечивая кровоснабжение передней и левой стороны сердца.

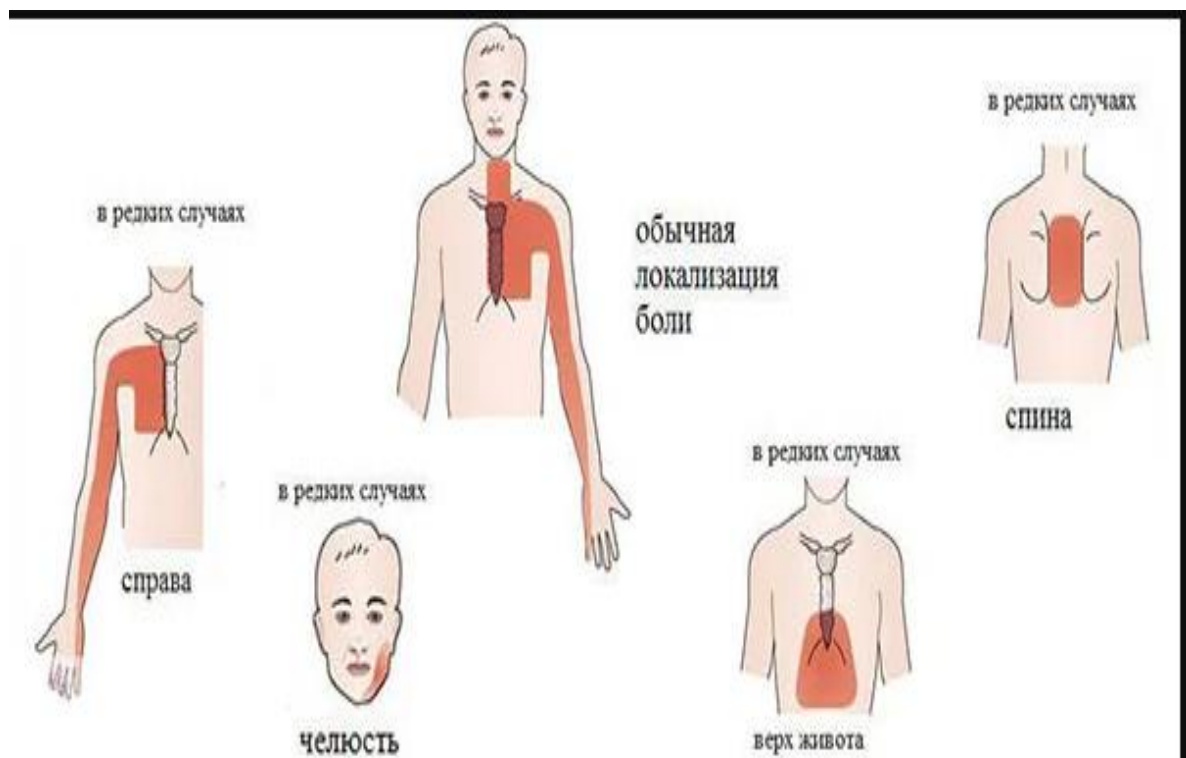


Рисунок 5. Зоны Захарьины – Геда (сердце).

Значение Зоны Захарьина Геда в кардиологии:

- Важна для планирования и проведения хирургических вмешательств на сердце.
- Здесь находятся крупные коронарные артерии и вены, обеспечивающие кровоснабжение сердца.
- Помогает определить границы передней поверхности сердца.
- Разделение на три части помогает точно определить местоположение сосудов и других структур.[5]



Заключение

На основании полученных нами данных, мы можем сделать вывод о том, что изучение и знание зоны Захарьины Геда является одним из крайне важных аспектов для практики современного врача. Так как знание данных зон даст возможность врачу определить во первых в каком органе происходит патология, во вторых подобрать соответственно этому правильное лечение и в третьих определить выраженность патологии. Не менее важным является то что Зона Захарьины Геда представляет собой важную топографическую область на передней поверхности сердца, определенную тремя ключевыми анатомическими точками.

Понимание расположения этих точек не только необходимо для определения границ этой зоны, но и имеет критическое значение при проведении хирургических вмешательств и диагностике заболеваний сердца. Точное знание анатомии и топографии сердца, включая Зону Захарьины Геда, является фундаментом успешного лечения сердечно-сосудистых заболеваний и обеспечивает высокий уровень профессионализма медицинского персонала.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Никифоров А. С., Гусаев Е.И. Общая неврология. -2007. – 59 с., 292 – 295 с. [1]
2. Кардиология. 2007. Клинические рекомендации / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 621 с. 3. Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 ... [2]
3. Лечение болезней внутренних органов: Т. 3, кн. 1. Лечение болезней сердца и сосудов. – М.:Мед. Лит., 2021. – 457 с.: ил. [3]
4. Фолков Б. Кровообращение / Б. Фолков, Э. Нил. - М.: Медицина, 1976.- 465 с. [4]
5. Stazhadze L.L. The treatment and prevention of ischemic heart disease in stress states by using laser radiation and transcutaneous electric nerve stimulation / L.L. Stazhadze, V.P. Lapshin, I.Z. Nemtsev at al// Aviakosmicheskaja i ekologicheskaja meditsina. 1992.V.26, № 5-6. P.75-78 [5]
6. Seraia E.V. Comparative efficacy of various massage techniques in the rehabilitation treatment of patients with inhalation trauma early after admission to the hospital. // E.V. Seraia, V.P. Lapshin, L.P. Loginov at al // Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2002. V.5, P.32-3. [6]
7. Лыжко Е.В. ЧИСЛЕННАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА ГЕНЕРАЦИИ ТЕПЛА, КРОВОТОКА И ТЕМПЕРАТУРЫ В ЗОНАХ ЗАХАРЬИНА-ГЕДА // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 11. – С. 137-142; [7]
8. Korochkin I.M. Helium-neon laser therapy in the combined treatment of unstable stenocardia / I.M. Korochkin, G.M. Kapustina, E.V.Babenko at al // Sovetskaia meditsina. 1990; V.3, P.12-15 [8]



УДК: 616.314.17-008.1 – 089.23

ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Нигматов Рахматулла Нигматович¹, Шомухамедова Феруза Абдулхаковна¹, Аралов
Мирзобек Бахромович¹, Нигматова Нигора Рахматуллаевна²,
магистр Атамуратова Нодира Бекпулатовна¹

¹Кафедра ортодонтии и зубного протезирования и ²кафедра факультетской ортопедической
стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.
Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Открытый прикус рассматривается как самостоятельная форма зубочелюстных аномалий, так и может сочетаться с другими нарушениями в трансверзальном или сагиттальном направлении. По литературным данным открытый прикус в 62% случаев встречается вместе с мезиальным соотношением зубных рядов.

Авторами проводились обследования учащихся школ №8, №64 и №256 г. Ташкента, в возрасте от 6 до 16 лет. Из 348 обследованных учеников открытый прикус обнаружен у 29 детей (8,33%). Были проведены следующие методы: клинические обследования, биометрические, рентгенологические (фронтальная и латеральная ТРГ и цефалометрический анализ) исследования.

Лечение прошло консервативным ортодонтическим путем с помощью миогимнастики, расширяющих пластинок и индивидуальной дуги МЕАВ. Курс лечения от 8-9 месяцев до 18-24+4 месяцев. Показатели телерентгенограммы после лечения в пределах нормы.

Ключевые слова: Зуб, зубной ряд, прикус, вертикальная аномалия, открытый прикус, артикуляция, модель челюсти, телерентгенография.

Открытый прикус — самая тяжелая аномалия зубочелюстной системы. По данным наших авторов (Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., др., 2013) при обследовании детей дошкольного возраста в городе Ташкенте выявлено, что среди детей 3-6 лет открытый прикус составляет 1,4%. По данным Л. П. Григорьева (1995), у детей 7-16 лет - 1,12%.

Открытый прикус рассматривается как самостоятельная форма зубочелюстных аномалий, так и может сочетаться с другими нарушениями в трансверзальном или сагиттальном направлении. По литературным данным открытый прикус в 62% случаев встречается вместе с мезиальным соотношением зубных рядов.

Цель исследования: совершенствовать диагностику открытого прикуса у детей сменного прикуса и проводить раннее его лечение.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено среди детей школ №8, №64 и №256 г. Ташкента в возрасте от 6 до 16 лет.

Необходимое обследование и лечение выбранных детей для ортодонтического лечения, проводились на базе поликлинического отделения кафедры ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института и были проведены следующие методы исследования: клинические, фотометрические, антропометрические, графические, рентгенологические и определены основные функции зубочелюстной системы (функциональные методы обследования).

Результаты исследования: по результатам обследования из 348 обследованных школьников у 29 (8,33%) был диагностирован открытый прикус, из них 16 (55,17%) мальчиков и 13 (44,83%) девочек. Из них у 18 (62,07%) был открытый прикус вследствие вредных привычек, у 4 (13,79%) - рахитический открытый прикус с сужением верхней челюсти и 7 (24,14%) от нарушения носового дыхания за счет ЛОР патологии и привычки дышать ртом.

При антропометрическом анализе моделей челюстей по методу Пона у всех 29 пациентов с открытым прикусом было обнаружено сужение зубного ряда. Антропометрические измерения зубного ряда по Коркхаузу в 8 (27,59%) случаях выявлена протрузия фронтальных



зубов, в 3 (10,34%) случаях ретрузия в передней части зубного ряда, а в 6 случаях (20,69%) выявлены искаженная форма зубной дуги.

Проведенные рентгенологические исследования, используя ортопантомографию (ОПТГ) и телерентгенографию (ТРГ) и их анализ показал, что при изучении телерентгенограмм головы в боковой проекции позволили выявить смещения нижней челюсти, увеличения $B, NSe/MP$ а так же уменьшения угла горизонтали, инклинации $Pn/MP, NSe/Po, Is-SPp$ (рис. 1-2-3).



Рис. 1. Пациент Жалилов Т., 15 лет



Рис. 2. ОПТГ того же пациента.



Рис. 3. ТРГ того же пациента.

По результатам фронтального и бокового цефалометрического исследования ТРГ установлено, что у больных рахитическим открытым прикусом гониальный угол по Шварцу (в норме $123+5$ градусов) увеличивается до 130 градусов, а базальные углы (в норме $20+5$ градусов) увеличилась до 30 градусов.

При ортодонтическом лечении детей с открытым прикусом придерживались следующих принципов: устранение этиологических факторов, расширение верхней и/или нижней зубной дуги, зубоальвеолярное удлинение фронтальных зубов и зубоальвеолярное укорочение жевательных зубов. При этом придерживались принципа: какая зубная дуга челюсти виновна в формировании открытого прикуса и какая степень тяжести аномалии.

С этой целью у больных в раннем сменном прикусе применяли миогимнастические (миофункциональные тренажеры) упражнения и преимущественно съемные ортодонтические аппараты: пластинки с решеткой для языка, расширяющие пластинки окклюзионной накладкой, IV типа регулятора функции Френкеля (рис. 4).



А

Б

Рис. 4. Реб. Баходиров Жавохир (6 лет): а) до лечения и б) после лечения



Детям в период позднего сменного прикуса и в период постоянного прикуса были использованы расширяющие несъемные ортодонтические аппараты - аппараты Derexweiler, нами разработанный магнитный расширяющий несъемный аппарат (аппарат Нигматова, Кадырова) и брекет-систему Edgewise, с использованием многопетлевой дуги (МЕАВ) согласно инструкции.

Общий срок лечения детей с травматическим открытым прикусом составил 8-9 месяцев, а общий срок лечения детей с открытым прикусом рахитического типа - 18-24+4 месяца.

Заключение

На основании полученных результатов врачи-стоматологи должны учитывать не только морфологические изменения зубочелюстной системы, но и функциональные изменения, которые формируются и сформировались.

Лечение прошло консервативным ортодонтическим путем с помощью миогимнастики, расширяющих пластинок и индивидуальной дуги МЕАВ. Курс лечения от 8-9 месяцев до 18-24+4 месяцев. Показатели телерентгенограммы после лечения в пределах нормы.

Пациентам проведены анкетирование после лечения. Результаты показали положительную динамику в виде улучшения дикции и приема пищи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Али Алаа Эддин Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей. / Дисс. ... к.м.н., М., 2021. 152.с.
2. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
3. Клинико-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом. // Аралов Мирзобек Бахромович, Нигматов Рахматулла Нигматович, Сайдиганиев Саидахрор Санжар угли, Шаамухамедова Феруза Абдулхаковна. / Международный научно-практический журнал «Вестник Бобек», Astana, Kazakhstan. февраль, 2024. - С.126-129.
4. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шаамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.
5. Персин Л.С. Ортодонтия. М.: ГЭОТАР-Медия, 2015.
6. Попов С.А., Фролов А.О. Лечение пациентов в сертикальной деформацией окклюзии, осложненной зубоальвеолярным выдвижением зубов верхней челюсти, с применением ортодонтических мини-имплантов. / Стоматология. Наука и инновация в медицине. М., 2022. – С.20-23.
7. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. М.: МЕДпресс-информ, 2017.
8. Рентгенологическое исследование детей с открытым прикусом. // Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Шаамухамедова Ф.А. / Научно-практический журнал «Stomatologiya». 2024, № 1 (94), Т.- 2024. – С. 67-71.
9. Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., Раззаков Ш.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалий и деформация зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Среднеазиатский научно-практический журнал “Стоматология” –Т. -№3-4, 2013. С-73-77.



УДК: 616.314.26-007.272-031.49-089.23-053.3/5

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА

**Нигматов Рахматулла Нигматович, Акбаров Камолхон Саидолимович,
Раззаков Умиджон Маратович, Ниёзова Мунаввара Мурод кизи,
магистр Бахшиллаева Сугдиёна Аброровна**

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного
стоматологического института,
Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Авторами были поставлены цель исследования: Совершенствование ортодонтического лечения детей с перекрестной окклюзией в период сменного прикуса. Под наблюдением находились 76 детей в возрасте от 6 до 14 лет с перекрестной окклюзией. Среди обратившихся было 34 (44,7%) девочек и 42 (55,3%) мальчиков.

Для исправления перекрестного прикуса был предложен авторами инновационный расширяющий аппарат комбинированного действия, эффективность которого оценивали в динамике.

Разработанный аппарат позволяет регулировать давление мышц, расслабляет жевательные мускулы в проблемных зонах, оптимизируя процесс лечения перекрестной окклюзии у детей и подростков.

Ключевые слова: зуб, прикус, аномалия, перекрестная окклюзия, трансверсальное смещение нижней челюсти, диагностика, рентгенография, антропометрия, ортодонтическое лечение.

Перекрестная окклюзия является аномалией смыкания зубных рядов в трансверсальном направлении, распространенность которой неодинакова в различных возрастных периодах: у детей и подростков она колеблется от 0.39 до 1.9% среди всех зубочелюстных аномалий [6,7,8], увеличиваясь у взрослых до 3%.

Морфологическое и функциональное состояние зубочелюстной системы при перекрестной окклюзии изучали ряд авторов [1-5,9]. Однако не применялся системный подход к изучаемой аномалии, которая требует использования комплекса методов диагностики и лечения в ортодонтии.

Цель исследования. Совершенствование ортодонтического лечения детей с перекрестной окклюзией в период сменного прикуса.

Материалы и методы исследования. В период с 2016 по 2022 годы нами было проведено ортодонтическое лечение 76 детей с перекрестной окклюзией, обратившихся за помощью на кафедру Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ. Возраст пациентов варьировал от 6 до 14 лет, в периоде сменного прикуса.

Для сравнительного изучения результатов ортодонтического лечения перекрестной окклюзии все отобранные для ортодонтического лечения дети в зависимости от использованных ортодонтических аппаратов были разделены на 2 большие группы:

Первая группа (основная) 42 (36,84%) детей, у которых применен метод лечения с предварительным расширением верхней челюсти аппаратом собственной конструкции.

Вторая группа (сравнительная группа) - 34 (29,82%) детей, лечение осуществлялось при помощи съемных расширяющих пластинок с винтом для расширения верхней и/или нижней челюсти, который фиксировался при помощи кламмеров на верхнюю челюсть.



Распределение обследованных детей по возрасту и группам представлены в таблице.
Таблица

Распределение обследованных по возрасту и группам

Группы	Возраст (в годах)		
	6-9 лет	9-14 лет	Всего
1-ая основная группа	17 (14,91%)	25 (21,93%)	42 (36,84%)
2-ая сравнительная группа	15 (13,16%)	19 (16,67%)	34 (29,82%)
Контрольная группа	18 (15,79%)	20 (17,54%)	38 (33,34%)
Всего	50 (43,86%)	64 (56,14%)	114 (100%)

Методы исследования. Для достижения намеченной цели и решения поставленных задач использованы клинические, антропометрические, биометрические, фотометрические, рентгенологические, функциональные и статистические методы.

Результаты исследования.

При клиническом исследовании полости рта у 76 детей было выявлено несколько видов перекрестной окклюзии со смещением и без смещения нижней челюсти (Рис. 1). Обследование детей проводилось до и после ортодонтического лечения и в периоде через 1-2 года после завершения активного ортодонтического лечения.



Рис. 1. Виды перекрестной окклюзии

Для сравнительного изучения результатов ортодонтического лечения перекрестного прикуса все дети в зависимости от использованных ортодонтических аппаратов были разделены на 2 группы:

1-ая группа - Основная - 42 (55,26%) детей. Для исправления перекрестного прикуса был предложен нами инновационный расширяющий аппарат комбинированного действия (Рис. 2), эффективность которого оценивали в динамике (Рационализаторское предложение «Ортодонтический аппарат комбинированного действия». – Ташкент. – 2024).

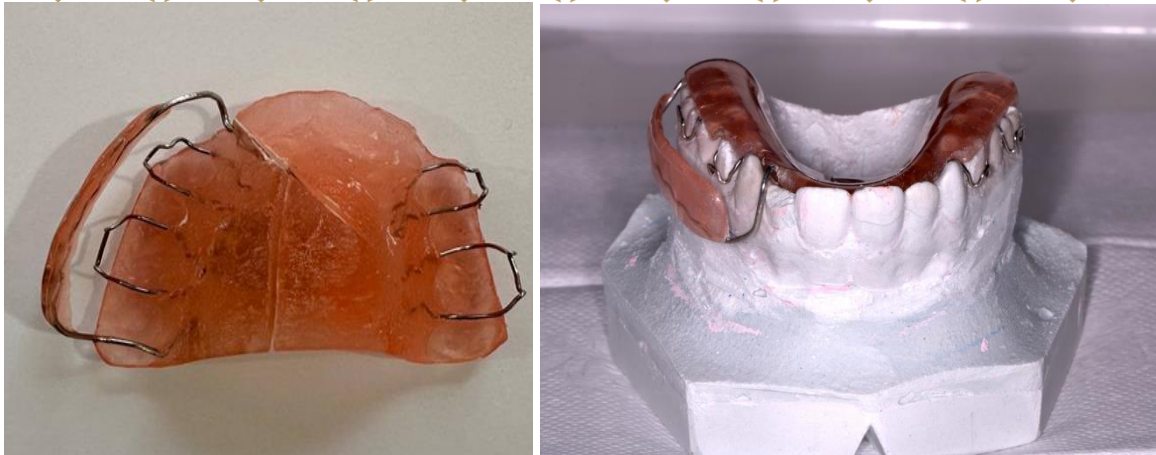


Рис. 2. Инновационный комбинированный ортодонтический аппарат собственной конструкции

2-ая группа - сравнительная - 34 (44,74%) детей, проводили традиционное ортодонтическое лечение, т.е. лечение осуществлялось с помощью съемной пластинки с винтом и секторальным распилом.

Отличительной чертой нами предлагаемого ортодонтического аппарата является то, что он относится к категории комбинированных съемных аппаратов, являющиеся не только активным, механический действующим аппаратом, но и функционально действующим. Аппарат состоящего из 4-х кламмеров, винта, окклюзионной накладке с двух сторон, 2-х базисных соединяющих конструкцию пластин с двух сторон на нёбо и главное - 1-го щечного пилота.

Преимущества предлагаемого аппарата:

1. возможность одностороннего расширения верхней челюсти, как в периоде молочного, так и сменного прикуса;
2. не травмирует и не раздражает небо;
3. он прост в обращении;
4. позволяет односторонне расширять верхнюю челюсть асимметрично, без наклонов зубов в щечную сторону;
5. устройство является съемным, комбинированным аппаратом и постоянное функционирование щечного пилота позволяет ускоренно расширить верхнюю челюсть;
6. конструкция съемная, в связи с чем не оказывает отрицательного влияния на гигиену полости рта;
7. быстрое добывание лечебного эффекта (одностороннее расширение верхней челюсти в пределах 3-4 месяцев);
8. оказывает положительное влияние на работу жевательных мышц.
9. корригирует миодинамическое равновесие мышц околоротовой области.

Сравнительная характеристика трансверсальных и сагиттальных размеров зубных рядов и цефалометрическая характеристика лицевого скелета детей основной группы со сравнительной группой до и после лечения перекрестного прикуса дала положительный результат.

Использованный нами аппарат оказался наиболее эффективен для детей в периоде сменного прикуса у растущих пациентов.

Среднее время лечения при помощи данной конструкцией составило 56 ± 8 дня, максимальное время одностороннего расширения – 88 ± 16 дней.

У пациентов со съемными аппаратами в группе сравнения лечение проводилось в среднем в течение $105-140 \pm 12$ дней.



Заключение

Таким образом, разработанный и использованный новый съемный комбинированный расширяющий аппарат позволяет регулировать давление мышц, расслабляет определенные мускулы в проблемных зонах, нормализует окклюзионное соотношение и перемещает зубы вместе с альвеолярным отростком, тем самым оптимизирует ортодонтическое лечение пациентов с перекрестным прикусом.

1. Выбор метода лечения пациентов с перекрестной окклюзией зависит от следующих факторов: форма перекрестной окклюзии (скелетная или зубоальвеолярная), возраст пациента, выраженность патологии и изменения ВНЧС.

2. Разработанный и использованный новый съемный комбинированный расширяющий аппарат позволяет регулировать давление мышц, расслабляет жевательные мускулы в проблемных зонах, оптимизируя процесс лечения перекрестной окклюзии у детей и подростков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Богаевская О.Ю. Морфофункциональное состояние зубочелюстной системы у пациентов 13-15 лет с трансверсальной резцовой окклюзией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – С. 24.
2. Комбинированный ортодонтический аппарат для одностороннего расширения верхней челюсти. /Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Шахназаров В.А. // Рационализаторское предложение № 28 от 18.03.2024 г. г.Ташкент.
3. 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.
4. Нигматов Р. ва бошк. Болаларнинг алмашинув прикуси даврида тиш каторларининг кесишган окклюдиясини цефалометрик усулда таъхислаш // Stomatologiya. – 2021. – №1 (82). – С. 38-40.
5. Нигматов Р.Н. и др. Своевременное обнаружение и диагностика перекрестной окклюзии // Acad. Res. Educ. Sci. – 2022. – С. 102-104.
6. Нигматов Р.Н., Акбаров К.С. Частота встречаемости перекрестной окклюзии у детей и подростков // Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: Тез. междунар. науч.-практ. конф. – Ташкент, 2022. – С. 87-88.
7. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.
8. Романов Д.О. Распространенность, профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Краснодарского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2010. – 24 с.
9. Nigmatov R.N., Nigmatova I.M. Using the posterior distalization in patients with secondary deformation of dentition // Wld Health care Providers Multidisciplinary Med. J. – 2017. – Vol. 8, №1. – P. 45-48.



УДК 617.77-009.863-08-07

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОТЕК С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ И УРОВНЕМ ИНГИБИТОРА C1. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Сеидижаппар Камшат Әбдісабитқызы

Студент образовательной программы «Общая медицина»

НАО «Медицинского университета Қарағанды»

Научный руководитель - Кошкарбаева Бибигуль Сабитқызы

Қарағанда, Қазақстан

Аннотация: Наследственный ангиотек — редкое, потенциально жизнеугрожающее генетически детерминированное заболевание, проявляющееся в виде отёков кожи и слизистых/подслизистых оболочек, возникающих под воздействием брадикинина. Характерными особенностями отёков при НАО являются отсутствие зуда, гиперемии кожи, сопутствующей крапивницы, а также отсутствие эффекта от лечения кортикостероидами для системного применения и антигистаминными препаратами для системного применения. Согласно официальной статистике на 2020 год, в 56 странах мира насчитывалось 2568 семей с НАО. В Казахстане на 2020 год было 19 пациентов с подтверждённым диагнозом. Однако эти показатели не отражают реальной ситуации. Согласно данным отдела клинической иммунологии, аллергологии и пульмонологии Республиканского диагностического центра, в стране возможно наличие не менее 600 случаев наследственного ангионевротического отёка. [Клинические рекомендации. Наследственный ангиотек.

https://journals.rcsi.science/raj/article/view/121766/ru_RU1/

Ключевые слова: ангионевротический отек, система комплемента, C1-эстераза, каликреин кининовая система, брадикинин, SERPING1

Цель исследования: Рассмотреть особенности и отличия проявления НАО у пациента с нормальной функцией и уровнем ингибитора C1

Материалы и методы исследования: литературный обзор статей с сайтов Medline, Medscape, Pubmed, насклинические рекомендации клинических протокол диагностики лечения МЗРК, клинический пример пациент 24 года.

В основе развития заболевания лежит дефицит и/или снижение функциональной активности C1- ингибитора (C1-ИНГ) вследствие мутации в гене *SERPING1* (Serp Family G Member 1). К настоящему времени известно более 450 причинно-значимых мутаций. Наследование НАО в абсолютном большинстве случаев происходит по аутосомнодоминантному типу, однако имеются единичные данные об аутосомно-рецессивном типе наследования. Примерно у 20–25% пациентов заболевание обусловлено вновь возникшей мутацией в гене *SERPING1*, т.е. семейный анамнез отсутствует [2,3]. C1-ингибитор — сериновая протеаза, которая принимает участие в регуляции работы следующих систем: системы комплемента, калликреин-кининовой системы, системы свертывания крови по внутреннему пути, фибринолитической системы [4]. Наибольшее значение имеет влияние фермента на калликреин-кининовую систему (рис. 1): в отсутствии C1-ИНГ и/или при снижении его функциональной активности (фаC1-ИНГ) происходит неконтролируемое превращение прекалликреина в калликреин, под воздействием которого расщепляется высокомолекулярный кининоген с образованием БК. Этот эффект усиливает активизация XII фактора свёртывания крови (FXII) в результате запуска свёртывания крови по внутреннему механизму, так же обусловленному отсутствием и/или нарушением функциональной активности C1-ИНГ [5,6,7].



БК — основной медиатор отёков при НАО. Вследствие взаимодействия брадикинина с брадикининовыми рецепторами 2-го типа (B2) происходит вазодилатация, повышается проницаемость сосудистой стенки с экстравазацией жидкости, обуславливающей развитие отёка различной локализации. При выраженном АО слизистой оболочки кишечника возникает клиника острой кишечной непроходимости, экстравазация жидкости в этом случае может быть настолько велика, что приводит к образованию асцита, выраженной гиповолемии, гипотонии. Брадикинин быстро расщепляется на пептиды эндогенными металлопротеиназами, включая ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) [8]. Несмотря на активизацию процессов свёртывания крови, у пациентов с НАО не отмечено повышенной склонности к тромбообразованию, благодаря тому, что в отсутствии С1-ИНГ активизирована также и система фибринолиза, что приводит к повышенной трансформации плазминогена в плазмин.

Патогенез НАО без дефицита С1-ИНГ до конца не изучен, однако сходство клинической картины с таковой при НАО I/II типов даёт основания предполагать, что ключевым медиатором отёка также может являться брадикинин. чаще всего к развитию этой формы НАО приводит мутация в гене XII фактора свёртывания крови (НАО-FXII) (примерно 25% всех случаев НАО без дефицита С1-ИНГ). Наследование происходит по аутосомно-доминантному типу с низкой пенетрантностью (более 90% мужчин-носителей мутации и более 40% женщин-носителей мутации не имеют клинических проявлений заболевания). Описаны также единичные случаи развития НАО без дефицита С1-ИНГ вследствие мутации в гене ангиопоэтина 1 (НАО-ANGPT1), плазминогена (НАО-PLG), кининогена 1 (НАО-KNG1). Однако при НАО без дефицита С1-ИНГ выявить причинно-значимую мутацию чаще всего не удаётся, в таком случае при типичной клинической картине и наличии семейного анамнеза выставляется диагноз НАО с неизвестной мутацией (UNK-НАО). Несмотря на то, что наследование заболевания не сцеплено с полом, количество пациентов женского пола превалирует над количеством пациентов мужского пола [9]. Точная распространённость форм НАО без дефицита С1-ИНГ неизвестна [10].

Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
НАО с дефицитом С1-ИНГ:

- НАО I типа обусловлен снижением количества и функциональной активности С1-ИНГ в плазме (85% всех случаев НАО) [2];
- НАО II типа обусловлен снижением функциональной активности С1-ИНГ, при этом уровень С1-ИНГ сохраняется в пределах нормы или повышен (15% всех случаев НАО) [1].

НАО без дефицита С1-ИНГ (без патологии системы комплемента):

- НАО с мутацией в гене XII фактора свёртывания крови (НАО-FXII);
- НАО с мутацией в гене плазминогена (НАО-PLG); • НАО с мутацией в гене ангиопоэтина 1 (НАО-ANGPT1);
- НАО с мутацией в гене кининогена 1 (НАО-KNG1);
- НАО с неизвестной мутацией (UNK-НАО), устанавливается при нормальном уровне С1-ингибитора и его функциональной активности в случае типичной клинической картины в сочетании с положительным семейным анамнезом.[1]

Характерен ранний дебют заболевания в первой или второй декаде жизни, однако возможно более позднее появление первых симптомов вплоть до пожилого возраста. У большинства пациентов прослеживается семейный анамнез, однако у 25% пациентов он отсутствует. Клиническая картина заболевания проявляется АО различной локализации, нечувствительными к терапии антигистаминными препаратами для системного применения и с ГКС. К наиболее частым клиническим проявлениям заболевания относятся периферические отёки, абдоминальные атаки и отёки верхних дыхательных путей. Периферические отёки — наиболее частое клиническое проявление заболевания,



наблюдаемое практически у 100% пациентов с НАО. Отёки рецидивирующие, не сопровождаются крапивницей. Кожные покровы над отёком не гиперемированы и обычной температуры. Отёки медленно нарастают, их средняя продолжительность 2–4 сут. Возможно наличие покалывания, жжения, болезненности в месте отёка. Наиболее частая локализация — область верхних и нижних конечностей. Абдоминальные атаки — второй по частоте симптом, встречающийся у пациентов с НАО (более 80%). Клинические проявления могут варьировать от дискомфорта до острой боли в области живота, сопровождающейся рвотой, диареей или запором, вздутием, резкой слабостью (при развитии асцита возникает гиповолемия). С помощью визуализирующих методов исследования, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, можно выявить отёк участка кишечника и свободную жидкость в брюшной полости или полости малого таза. Абдоминальные атаки часто являются причиной необоснованного хирургического вмешательства, так как симптомы имитируют клинику острого живота. Нередко абдоминальные атаки являются первым клиническим проявлением заболевания, что затрудняет постановку диагноза. Отёки, способные привести к асфиксии (потенциально фатальные отёки): отёк гортани, отёк языка, отёк связочного аппарата и нёбной занавески. При отёке языка отмечается существенное увеличение его в объёме, часто язык не помещается в ротовой полости. [11]

Результаты и их обсуждение: Анализ истории болезни. Клинический пример: Пациент 24 года. При посещении аллерголога жалобы на отек лица, с удушьем, чаще на фоне ОРВИ, физической нагрузки, симметричные, начало с отека век, затем лицо, отеки мягких тканей стоп, болезненность при ходьбе, боли в животе. Высыпания на коже в виде красных пятен. Anamnesis morbi: с раннего возраста атопический дерматит. Первый дебют отека отмечен 10 лет назад, были не выраженными до 1-2 раза в год. Последующим стали чаще, длительнее. Могут проходить самостоятельно. Последний приступ отека лица на фоне приема парацетамола. Улучшение на 3 день. Была направлена аллергологу для исключения НАО. Anamnesis vitae: Туберкулезом не болела, вирусный гепатит А в 2004 г. КВИ не болела. Хронических заболеваний нет. Травм, операции не было. За пределы РК не выезжала последние 2 месяца. Вредных привычек нет. Патологии щитовидной железы не выявлено. Аллергоанамнез: у папы- аллергический сезонный ринит, однократно ангионевротический отек, у сестры- аллергический сезонный ринит. Лекарственной аллергии нет. Status praesens: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, больше выражены вокруг лабиальной области, сгибателях локтевых поверхностей. Кожный процесс хронический симметричный, выражена сухость, утолщение кожи, трещины, корочки от расчесов. Дермографизм розовый. Удовлетворительного питания. Язык обложен желтоватым налетом. По органам без особенностей. Стул регулярный. Мочиться достаточно. Поставлен предварительный диагноз: L20.8- Другие атопические дерматиты, T78.3- Ангионевротический отек. Пациенту были сделаны ряд лабораторных исследований для верификации НАО. Результаты исследования ОАК, ОАМ, биохимического анализа в пределах нормы, ПЦР-исследования кала на Прото-скрин и Гельмо-скрин (*Lambia intestinalis*, *Blastocystis hominis*, *Dientamoeba fragilis*, *Isospora belli*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Opisthorchis felinus*, *Diphyllobothrium latum*) отрицательные. Анализы на гормоны: Т4 свободный снижен, Т3 свободный повышен, Витамин Д дефицит. Иммунологический анализ: активность ингибитора С1 эстеразы 1.26 Ед/мл в пределах нормы. С4 компонент комплемента 0.26 г/л в норме.

Выводы: Пациент был тщательно осмотрен и обследован. Были сделаны диагностические мероприятия первого уровня и второго уровня. Для выявления носителей и проведения пренатальной диагностики а также выявления причинно-значимых мутаций пациенту следует провести генетическое обследование третьего уровня диагностики на



SERPING1 (Serp Family G Member 1). Вследствие дороговизны и недоступности в нашем регионе современных методов диагностики, описанных выше, дифференцировать НАО от ПАО возможно по следующим клиническим особенностям: 1) ограниченностью площади отека; 2) плотной консистенцией; 3) относительной безболезненностью при локализации в коже; 4) редкое наличие эритематозной незудящей сыпи; 5) нет связи с крапивницей. 6) длительность 24-72 часа. 7) наличие отягощенного семейного анамнеза. Провести поиск возможного лимфопролиферативного заболевания, аутоиммунных заболеваний, патологии почек: консультация ревматолога - при подозрении аутоиммунной патологии, консультация нефролога - при подозрении на постстрептококковый или мембранопролиферирующий гломерулонефрит. Немедикаментозное лечение: охранительный режим по инфекционным заболеваниям. Диета предупреждающая воспалительные процессы в кишечнике для профилактики отека слизистой ЖКТ, обучение пациента с НАО тактике профилактики и экстренной терапии жизнеугрожающих отеков. Дальнейшее ведение: динамическое наблюдение по месту жительства у иммунолога-аллерголога, ревматолога, нефролога в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии и минимизация побочных эффектов от проводимого лечения. Контрольное обследование у иммунолога на республиканском уровне не менее 1 раза в 2 года.[12]

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Клинические рекомендации. Наследственный ангиотек.
https://journals.rcsi.science/raj/article/view/121766/ru_RU
2. Germenis A.E., Speletas M. The genetics of hereditary angioedema the iceberg slowly emerges // J Angioedema. 2016. Vol. 2, N 1. P. 8–17.
3. Germenis A.E., Speletas M. Genetics of hereditary angioedema revisited // Clin Rev Allergy Immunol. 2016. Vol. 51, N 2. P. 170–182.
4. Davis A., Lu F., Mejia P. C1 inhibitor, a multi-functional serine protease inhibitor // Thromb Haemost. 2010. Vol. 104, N 11. P. 886–893.
5. Bork K. Pasteurized and nanofiltered, plasma-derived C1 esterase inhibitor concentrate for the treatment of hereditary angioedema // Immunotherapy. 2014. Vol. 6, N 5. P. 533–551.
6. Kaplan A.P., Joseph K. Pathogenesis of hereditary angioedema: the role of the bradykinin-forming cascade // Immunol Allergy Clin North Am. 2017. Vol. 37, N 3. P. 513–525.
7. Caccia S., Suffritti C., Cicardi M. Pathophysiology of hereditary angioedema // Pediatr Allergy Immunol Pulmonol.
8. Obtulowicz K. Bradykinin-mediated angioedema // Polish Arch Intern Med. 2016. Vol. 126, N 1–2. P. 76–85.
9. Alonso M.L., Valle S.O., Tórtora R.P., et al. Hereditary angioedema: a prospective study of a Brazilian single-center cohort // Int J Dermatol. 2019. Vol. 59, N 3. P. 341–344.
10. Deroux A., Boccon-Gibod I., Fain O., et al. Hereditary angioedema with normal C1 inhibitor and factor XII mutation: a series of 57 patients from the French National Center of Reference for Angioedema // Clin Exp Immunol. 2016. Vol. 185, N 3. P. 332–337.
11. Steiner U.C., Weber-Chrysochoou C., Helbling A., et al. Hereditary angioedema due to C1-inhibitor deficiency in Switzerland: clinical characteristics and therapeutic modalities within a cohort study // Orphanet J Rare Dis. 2016. Vol. 11, N 1. P. 43.
12. Первичные иммунодефициты с преимущественным дефектом в системе комплемента.
<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5%D0%B8%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%8B%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B8%D0%BC%D1%83%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%BC%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B2%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1>



УДК-61

ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ БҮЙРЕКТІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ

Мукашова Айжан Еркінқызы
НУО КРМУ, резидент-нефролог
Ғылыми жетекшісі: Карабаева Айгуль Жумартовна
Алматы, Қазақстан

Аннотация: *Диабеттік нефропатия қант диабетінің ауыр асқынуы болып табылады. Қазіргі заманғы емдеу және алдын алу әдістері бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысының дамуын ұзақ уақытқа кешіктіруге және сол арқылы пациенттердің өмірін ұзартуға мүмкіндік береді.*

Түйінді сөз: *қант диабеті, бүйрек ауруы, инсулин, эндокринология, гипергликемия*

Қант диабетімен (ҚД) науқастардың өміріне ең үлкен қауіп - бұл аурудың басталуынан 10-15 жыл ішінде дамитын және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің дамуына өте тез әкелетін диабеттік бүйректің зақымдануы. Бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысындағы өлім (уремия) инсулинге тәуелді (І типті) қант диабеті бар әрбір екінші науқаста және инсулинге тәуелді емес (ІІ типті) қант диабетімен ауыратын әрбір төртінші-бесінші пациентте кездеседі. Бұл асқынудың қауіптілігі - өте баяу және бірте-бірте дамитын диабеттік бүйректің зақымдануы ұзақ уақыт бойы байқалмайды, өйткені ол науқаста ыңғайсыздықты тудырмайды. Бүйрек патологиясының айқын (көбінесе терминалдық) сатысында ғана пациентте азотты қалдықтармен дененің улануына байланысты шағымдар пайда болады. Бұл кезеңде науқасқа түбегейлі көмек көрсету әрдайым мүмкін емес, сондықтан жалпы тәжірибелік дәрігердің, эндокринологтың немесе нефрологтың негізгі міндеті диабеттік нефропатияны (ДН) уақтылы диагностикалау және осы асқыну үшін барабар патогенетикалық терапияны жүргізу болып табылады.

Соңғы уақытқа дейін біздің елімізде ДН емдеу, әдетте, симптоматикалық терапияны тағайындауға дейін төмендеді (гипертензияға қарсы, детоксикация және т.б.). ДН даму механизмдері туралы жеткілікті білімнің болмауы қант диабетінің осы асқынуын уақтылы диагностикалауға және адекватты патогенетикалық терапияны тағайындауға мүмкіндік бермеді.

Соңғы 10-15 жыл ішінде ДН даму механизмдерін зерттеу үшін көптеген эксперименттік және клиникалық зерттеулер жүргізілді. Қазіргі уақытта 1982 жылы Т.Хостеттер мен Б.Бреннер ұсынған ДН дамуының гемодинамикалық теориясы әлемде дәлелденген болып саналады. Бұл теорияға сәйкес, ДН дамуының негізгі инициаторлық факторы интрагломерулярлық гипертензия болып табылады, яғни. шумақ капиллярларының ішінде пайда болатын жоғары гидростатикалық қысым. Гломерулярлық гипертензияның клиникалық (зертханалық) көрінісі гиперфилтрация болуы мүмкін, яғни. шумақтық сүзілудің жоғары жылдамдығы (140-150 мл/мин астам). Сонымен қатар, зәрдегі протеин күнделікті әдістермен анықталмайды және әл-ауқат туралы жалған әсер қалыптасады. Дегенмен, бүйректің барлық құрылымдарына күшті механикалық қысым жасай отырып, шумақ капиллярларының ішіндегі гидравликалық қысымның ұзақ әсер етуі, сайып келгенде, шумақ капиллярларының базальды мембраналарының ақуыздар, липидтер және басқа плазма компоненттері үшін өткізгіштігінің жоғарылауына әкеледі. Нәтижесінде ақуыз несепке ене бастайды, алдымен селективті альбуминурия («микроальбуминурия» деп аталады), содан кейін селективті емес протеинурия пайда болады. Сонымен қатар, бүйрек сүзгісі арқылы енетін белоктар мен липидтер капилляр аралық кеңістікте (шумақтық мезаниумда), бүйрек тінінің склерозын ынталандырады. Уақыт өте келе бұл процесс бүйрек шумақтарының толық бітелуіне және зәрді сүзу



процесінің бұзылуына әкеледі. Сондықтан бірте-бірте ДН ерте кезеңдерінде анықталған гиперфилльтрация протеинурия пайда болған кезде төмендей бастайды және ДН ауыр кезеңдерінде гипофилльтрациямен ауыстырылады. Шумақтық филльтрацияның төмендеуі сөзсіз азотемияның жоғарылауымен (креатинин және сарысу мочевины) және уремиялық интоксикация симптомдарының пайда болуымен бірге жүреді.

Қант диабетімен ауыратын бүйректегі патофизиологиялық құбылыстардың аталған «каскад» – интрагломерулярлық гипертензия, гиперфилльтрация, микроальбуминурия және басқа да бұзылулар – ең алдымен гипергликемияның ұзақ әсер етуіне байланысты. Гипергликемия бүйректің функционалдық бұзылыстарын және ДН ерте кезеңдерінде бүйрек тінінің құрылымдық өзгерістерін бастайтын триггер факторы екені дәлелденді. ДН дамып келе жатқанда - селективті емес протеинурия пайда болған кезде - бүйректегі патологиялық процесс оны тудырған гипергликемияға бастапқы тәуелділігін жоғалтады, сондықтан осы кезеңде көмірсу алмасуының бұзылуын ең мұқият түзету енді мүмкін емес. ДН-ның жылдам дамуын тоқтату немесе айтарлықтай баяулату. Протеинурия пайда болған сәттен бастап шумақтық филльтрация жылдамдығы айына 1 мл/мин (немесе жылына шамамен 10 мл/мин) төмендей бастайды, бұл сәттен бастап 7-10 жыл ішінде терминальді бүйрек жеткіліксіздігінің дамуына әкеледі. тұрақты протеинурия анықталады.

Тұрақты микроальбуминурия анықталған кезде ДН үшін белсенді спецификалық емдеуді бастау керек. Осы кезеңде ДН емдеудің негізгі принциптері метаболикалық бұзылыстарды оңтайлы өтеу (дислипидемияны түзетуді қоса), сондай-ақ бүйрекшілік және жүйелі гипертензияны жою болып табылады. Дәрілік препараттардың ішінде ангиотензин түрлендіретін фермент тежегіштеріне артықшылық беріледі.

Протеинурияның пайда болуы әдетте атерогенді липидті фракциялардың басым болуымен артериялық гипертензияның және гиперлипидемияның дамуымен бірге жүреді.

Бұл кезеңде ДН емдеудің негізгі принциптері:

- ақуызы аз және тұзсыз диета – жануар ақуызын тұтынуды тәулігіне дене салмағының 1 кг-на 0,6 – 0,7 г дейін және тұзды тәулігіне 3 – 5 г дейін шектеу;

- қан қысымын қалыпқа келтіру (сондай-ақ микроальбуминурия сатысында АПФ тежегіштеріне артықшылық беріледі). Басқа гипертензияға қарсы препараттар да қолданылуы мүмкін (келесі бөлімді қараңыз);

- гиперлипидемияны түзету – липидті төмендететін диетаны ұстану; жалпы холестерин деңгейі 6,5 ммоль/л-ден жоғары болса (норма 5,2 ммоль/л-ге дейін) және сарысудағы триглицеридтер 2,2 ммоль/л-ден жоғары болса (норма 1,7 ммоль/л-ге дейін), дәрі-дәрмектерді қосу ұсынылады. қанның липидті спектрін қалыпқа келтіретін (атап айтқанда, статиндер).

ДН-ның одан әрі прогрессиясы бүйректің сүзу функциясының біртіндеп бұзылуына әкеледі, яғни. азотемияның жоғарылауымен (қан сарысуындағы креатинин мен мочевины деңгейінің жоғарылауы), артериялық гипертензияның неғұрлым ауыр ағымымен көрінетін созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің дамуына. Бұл кезеңде метаболикалық бұзылулардың қанағаттанарлық компенсациясын сақтауға, азотты интоксикация белгілерін жоюға, артериялық гипертензияны түзетуге, фосфор-кальций алмасуын қалыпқа келтіруге және бүйрек анемиясын түзетуге бағытталған тек симптоматикалық терапия жүргізіледі.

Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі (қан сарысуындағы креатинин деңгейі 200 мкмоль/л-ден жоғары немесе 2,2 мг%) ДН бар қант диабетімен ауыратын науқастарды емдеу тактикасы мұндай науқастарды консервативті емдеу мүмкіндігін шешу үшін нефрологпен бірге анықталуы керек. , сондай-ақ пациенттерді экстракорпоральды (гемодиализ, перитонеальді диализ) немесе хирургиялық (бүйрек трансплантациясы) емдеу әдістеріне дайындау.



Қазіргі уақытта қант диабетінде айқын нефропротекторлық әсері бар дәрілердің жалғыз тобы – АПФ тежегіштері. Бұл препараттар ангиотензин II вазоконстрикторының түзілуін блоктайды және осылайша бүйрек тамырларының спазмын, бүйрек тініндегі склеротикалық процестерді белсендіруді және бүйрек сүзгісінің ақуыздарға өткізгіштігін арттыруды қамтитын бүйрекке осы фактордың патологиялық әсерін жояды. Сондықтан ангиотензин II әрекетін АПФ тежегіштерімен блоктау бүйрек тінінің қалыпты құрылымын сақтауға және диабеттік гломерулосклероздың дамуын болдырмауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, АПФ ингибиторлары қант диабетінде олардың нефропротекторлық әсерін толықтыратын күшті антигипертензивті әсер береді.

ДН прогрессиясының алдын алу үшін АПФ тежегіштерін ертерек (микроальбуминурия сатысында) тағайындау керек. Тұрақты микроальбуминурияның болуы қалыпты жүйелі қан қысымының өзінде АПФ тежегіштерін тағайындаудың тікелей көрсеткіші болып табылады. Кішігірім дозаларда бұл препараттар гипотензиялық әсер етпейтіндігі және сонымен бірге бүйрек патологиясының дамуын болдырмайтын альбуминурияны айтарлықтай төмендететіндігі туралы деректер бар. ДН ауыр кезеңдерінде артериялық гипертензияның дамуымен АПФ тежегіштері қан қысымының қалыпты деңгейіне жеткенше және сақталғанша үлкен (гипотензиялық) дозаларда тағайындалады. Алайда, АПФ тежегіштерінің гипотензиялық және антипротеинуриялық әсері тағамнан тұзды қабылдауды міндетті түрде шектегенде ғана (тәулігіне 5 г артық емес) пайда болатынын ескеру қажет. Әйтпесе, дәрі-дәрмектің үлкен дозада қолданылуына қарамастан, протеинурия күшеюі мүмкін, нәтижесінде емдеудің тиімсіздігі туралы жалған пікір пайда болады.

АПФ тежегіштерімен монотерапияға жауап бермейтін персистирленген, түзетілуі қиын гипертензия дамыған жағдайда АПФ тежегіштерін ілмектік диуретиктермен, кальций антагонистерімен немесе селективті препараттармен біріктіріп қолдану нәтижесінде жақсы гипотензиялық әсерге қол жеткізуге болады.

ДН емдеуге қатысты белгілі бір препараттың тиімділігін сипаттайтын маңызды көрсеткіш бүйрек зақымдануының прогрессия жылдамдығы болып табылады, яғни. емдеу кезінде уақыт ішінде бүйрек сүзілу функциясының төмендеу жылдамдығы. Антигипертензивті терапиясыз ДН бар науқастарда шумақтық фильтрация жылдамдығының төмендеуі жылына 10 - 14 мл/мин болса, онда емдеумен б-Блокаторлармен және диуретиктермен ДН кезінде бұл көрсеткіштің төмендеу жылдамдығы жылына 5 - 6 мл/мин, ал АПФ тежегіштерін қолданғанда - жылына 2,5 - 3,0 мл/мин дейін баяулайды. Осылайша, дәстүрлі гипертензияға қарсы терапияны қолданғанда ДН прогрессиясының жылдамдығы 2 есе төмендейді (б-блокаторлар мен диуретиктер) және АПФ тежегіштерімен емдегенде 5-6 рет.

ДН патогенезі туралы біздің біліміміз тереңдеген сайын, қант диабетінің осы асқынуының алдын алу және емдеудің жаңа ықтимал әдістері ізделуде. Ең перспективалы - бүйректің шумақтық капиллярларының базальды мембраналарының биохимиялық және құрылымдық өзгерістеріне әсер ететін препараттарды қолдану. Гипергликемияның ұзақ әсер етуі нәтижесінде пайда болатын бүйрек мембранасындағы биохимиялық өзгерістердің бірі - белоктар үшін шумақтық сүзгінің селективті өткізгіштігін қамтамасыз ететін гликозаминогликандар (атап айтқанда гепаран сульфаты) синтезінің төмендеуі. Бұл қосылыстардың жоғалуы селективті емес протеинурия дамуымен бірге жүреді. Қазіргі уақытта гликозаминогликандар тобынан төмен молекулалы гепарин болып табылатын сулодексид препараты сынақтан өтіп, клиникалық тәжірибеде қолдануға рұқсат етілген. Бұл препарат қанның коагуляция жүйесіне әсер етпей, шумақтық мембраналардағы гепаран сульфатының құрамын арттыруға, бүйрек сүзгісінің селективті өткізгіштігін қалпына келтіруге және бүйрек тінінде склеротикалық процестердің дамуын болдырмауға қабілетті. Бұл препараттың максималды тиімділігі оның ерте қолданылуымен байқалады.



- микроальбинурия сатысында. Максималды терапиялық белсенділік АПФ ингибиторлары мен гликозаминогликандар тобының препараттарын біріктіріп қолданғанда байқалады, өйткені бұл препараттардың әрқайсысы ДН дамуының әртүрлі патогенетикалық механизмдеріне әсер етеді, нефропротекторлық әсерді толықтырады және күшейтеді.

Осылайша, қант диабетіндегі бүйректің зақымдануы көмірсулар алмасуының қанағаттанарлықсыз өтелуімен дамитын болжамды және күтілетін асқыну болып табылады. Сонымен қатар, бұл асқыну өлімге әкелмейді, бірақ профилактикалық және емдік шараларды уақтылы бастаған жағдайда алдын алуға болады. Сондықтан қант диабеті мәселелерімен айналысатын барлық мамандардың ДН дамуы мен дамуының алдын алу бойынша белсенді саясат жүргізуі өте маңызды, ол мыналарға негізделуі керек:

- қант диабетіндегі нефропатияның ең ерте диагностикасы (микроальбинурияны зерттеу әдісін енгізу қажет);

- қант диабеті үшін идеалды немесе оңтайлы компенсацияны сақтау;

- АПФ тежегіштерімен патогенетикалық терапияны ерте қолдану (микроальбинурия сатысынан бастап);

- қан қысымын уақтылы және тұрақты түзету.

Осы әдістердің барлығы ДН терминалдық кезеңінің дамуын болдырмауға немесе біржола кешіктіруге және пациенттердің өмірін айтарлықтай ұзартуға мүмкіндік береді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Zhang Y.Y., Dong E.D. New insight into vascular homeostasis and injuryreconstruction//Sci China Life Sci. – 2014. –Vol. 57. –P 739–741.

2. Панина И.Ю., Румянцев А.Ш., Меншутина М.А. и др. Особенности функции эндотелия при хронической болезни почек. Обзор литературы и собственные данные // Нефрология. — 2007. — Т. 11, №4. — С. 28–46.

3. Davignon J., Ganz P. Role of endothelial dysfunction in atherosclerosis // Circulation. – 2004. - № 109. - P. 27–32. 46.

4. Лупинская З.А., Зарифьян А.Г., Гурович Т.Ц. и др. Эндотелий. Функция и дисфункция. — Бишкек: КРСУ, 2008. — 373 с.

5. Kitchens C.S., Konkle B.A., Kessler C.M. Consultative hemostasis and thrombosis, 3rd ed. Philadelphia.: Elsevier/ Saunders, 2013. 840 p

6. Vita J.A., Keaney J.F. Endothelial function // Circulation. 2011. Vol. 124. № 25. P. 906–912

7. Garlanda C., Dejana E. Heterogeneity of endothelial cells. Specific markers // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 1997. Vol. 17. № 7. P.1193-202.



УДК 616.9

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УПРАВЛЕНИЮ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кожухметова Дана К.*, Нуртазина Алма У.**, Кенжебаев Алем Х.***

*кафедра внутренних болезней НАО «Медицинский университет Семей»

** кафедра эпидемиологии и биостатистики НАО «Медицинский университет Семей»

*** студент 5 курса ОП «Общая медицина» НАО «Медицинский университет Семей»

Аннотация: В работе представлены результаты оценки факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в Восточно-Казахстанском (включая современную область Абай) и Павлодарском регионах Республики Казахстан и предложения по управлению факторами риска ХНИЗ.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, профилактика

Растущая распространенность ХНИЗ во всем мире и увеличение доли их в статистике смертности представляют собой серьезную проблему, которая требует комплексного подхода, так как последствия этого роста затрагивают и экономическую, и социальную сферы. Меры по улучшению профилактики ХНИЗ являются частью Целей устойчивого развития ООН на период до 2030 года (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.4-noncommunicable-diseases-and-mental-health>).

В большинстве случаев основой ХНИЗ является вялотекущее воспаление, усугубляющееся нездоровыми пищевыми и поведенческими привычками, воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды, перманентным стрессом. Следовательно, раннее выявление и коррекция перечисленных факторов является неотъемлемой частью эффективной стратегии достижения цели - «...снижение до 2030 года преждевременной смертности от ХНИЗ на одну треть посредством улучшения мер профилактики и лечения» (Oliveira N.C., Balikian Júnior P. et al, 2023).

Целью работы было эпидемиологическое исследование влияния социально-экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Восточно-Казахстанского и Павлодарского регионов.

Задачи исследования:

- Сбор информации о распространенности факторов риска ХНИЗ в Восточно-Казахстанском (включая современную область Абай) и Павлодарском регионах с использованием адаптированного опросника STEPS;

- Разработка плана управленческих мероприятий для профилактики и контроля ХНИЗ в Восточно-Казахстанском (включая современную область Абай) и Павлодарском регионах.

Полученные данные о распространенности ХНИЗ послужили основой для разработки управленческих решений по профилактике и контролю ХНИЗ в Восточно-Казахстанском (включая современную область Абай) и Павлодарском регионах.

На основе анализа литературы и данных собственных исследований нами был сформулирован ряд рекомендаций по управлению факторами риска ХНИЗ для населения Восточно-Казахстанской (включая нынешнюю область Абай) и Павлодарской областей.

Рекомендация 1. Фактор риска - дислипидемия.

1.1 В медицинских учреждениях.

Для диагностики дислипидемии в скрининговых программах использовать не уровень общего холестерина, а более чувствительные и специфичные показатели (например, ЛПНП).

Снизить возраст декретированных групп для скрининга на дислипидемию до 20 лет (возможно через локальные программы по оздоровлению населения).



Обучать пациентов самоконтролю дислипидемии по значимым показателям липидного профиля. Предоставлять печатные материалы с доступно изложенной информацией о рисках дислипидемии.

Рекомендация 2. Фактор риска – нерациональное питание.

2.1 В медицинских учреждениях работниками сферы здравоохранения

Консультировать о полноценном питании с достаточным количеством клетчатки в рационе всех обратившихся пациентов, независимо от причин обращения. Предоставлять каждому печатные материалы, содержащие простые опросники для самооценки питания и рекомендации по рациональному питанию.

2.2 В образовательных учреждениях педагогами, медицинскими работниками учреждений

Вести разъяснительную работу о полноценном питании с достаточным количеством клетчатки в рационе на дисциплинах «Биология», «Валеология».

Разрабатывать и использовать онлайн ресурсы для оценки качества питания учеников (например <https://www.survio.com/shablon-oprosa/privychki-pitaniya> , <https://webask.io/>). Обучать школьников самооценке питания.

2.3 В трудовых коллективах полномочными компетентными лицами.

Вести плановую разъяснительную работу о полноценном питании с достаточным количеством клетчатки в рационе.

Предоставлять каждому печатные материалы, содержащие простые опросники для самооценки питания и рекомендации по рациональному питанию.

В учреждениях, где есть места общественного питания (столовая, буфет, кафе), проводить периодическую оценку качества и разнообразия предоставляемой пищи.

Рекомендация 3. Фактор риска - абдоминальное ожирение.

3.1 В медицинских учреждениях работниками сферы здравоохранения. Для своевременного выявления избыточной массы тела и абдоминального ожирения рекомендуется оценка ИМТ и окружности талии у всех лиц, обратившихся за медицинской помощью, независимо от причины обращения, не реже одного раза в год с последующей регистрацией в цифровой медицинской карте пациента (к примеру, в КМИС Даму-Мед есть вкладка «Динамические показатели»); Это позволит отслеживать хронологию изменения показателей и сохранять преемственность в наблюдении пациентов.

Вести индивидуальное консультирование лиц с избыточной массой тела и ожирением (с соблюдением этики и не нарушая прав человека, избегая стигматизации). Привлекать к консультативной работе с данной категорией лиц интернов, резидентов, студентов старших курсов медицинских образовательных учреждений для снижения социальной напряженности.

3.2 В образовательных учреждениях педагогами, медицинскими работниками учреждений

В рамках дисциплин «Биология», «Валеология» ввести обучение правильной технике измерения окружности талии, расчета ИМТ.

Вести индивидуальное (с соблюдением этики и не нарушая прав ребенка) консультирование детей групп риска и их родителей / опекунов.

3.3 В трудовых коллективах лицами, ответственными за медицинские осмотры сотрудников.

Ввести динамическую оценку величины окружности талии и ИМТ в перечень обязательных процедур профилактических осмотров с регистрацией данных в медицинской документации (по возможности, интегрированной с цифровой медицинской картой пациента). Обучать правильной технике измерения окружности талии, расчета ИМТ.

Рекомендация 4. Фактор риска – нарушение углеводного обмена.

4.1 В медицинских учреждениях.

Для диагностики нарушений углеводного обмена в скрининговых программах использовать не уровень тощаковой глюкозы, а более чувствительный и специфичный показатель - HbA1C.



Снизить возраст декретированных групп для скрининга на выявление нарушений углеводного обмена до 20 лет (возможно через локальные программы по оздоровлению населения).

Обучать пациентов самоконтролю углеводного обмена по уровню тощаковой глюкозы или HbA1C.

Предоставлять пациентам печатные материалы с доступно изложенной информацией о рисках нарушений углеводного обмена.

4.2 В образовательных учреждениях медицинскими работниками

Вести разъяснительную работу о рисках нарушений углеводного обмена среди обучающихся и сотрудников.

Выявлять обучающихся и сотрудников из групп риска и организовывать индивидуальное / групповое консультирование по вопросам самоконтроля уровня глюкозы и коррекции питания.

Предоставлять обучающимся и сотрудникам печатные материалы с доступно изложенной информацией о рисках нарушений углеводного обмена.

Рекомендация 5. Фактор риска – гипертензионный синдром.

5.1 В медицинских учреждениях работниками сферы здравоохранения.

Измерять АД всем обратившимся лицам, независимо от причины обращения, с обязательной регистрацией данных в цифровой медицинской карте пациента и информированием о результатах.

Всех лиц с единожды зарегистрированным повышением АД обучать технике измерения АД и ведению дневника АД.

Предоставлять всем посетителям лечебного учреждения печатные материалы с доступно изложенной информацией о рисках повышенного АД и способах профилактики гипертензии, включая консультирование по вопросам рационального питания, достаточной физической активности и снижения уровня стресса в повседневной жизни.

Как и говорилось выше, учреждения первичного звена здравоохранения являются оптимальной базой для консультирования по вопросам выявления и профилактики факторов риска ХНИЗ, поскольку это первичный контакт с пациентом или его родственниками. Врачи общей практики имеют возможность динамического наблюдения за показателями пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Нуртазина А.У., Кожахметова Д.К. - Методические рекомендации по управлению наиболее распространенными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. ISBN 978-601-7672-61-4 - Семей. – 2023. – 36 с.
2. Adhikary D. et al. A Systematic Review of Major Cardiovascular Risk Factors: A Growing Global Health Concern // Cureus. 2022. Vol. 14, № Mi.
3. Нуртазина А., Кошпесова Г., Апсаликов Б., Коростова, Е., Айнабекова Б., Риб А., Нильдибаева Ф., Шерьязданова Д., Парахина В., Кулибмет М., Фахрадиев, И., Баспакова А., Жамалиева Л. - Ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия - глобальные проблемы современного общества. Обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2021. Vol. 5, № 23. Р. 149–160.
4. Шаханова А., Кожахметова Д. Нуртазина А.У. - Роль дислипидемии, избыточной массы тела и характера питания в формировании сердечно-сосудистого риска при артериальной гипертензии. Обзор литературы. // Наука и здравоохранение. 2017. Vol. 2. Р. 155–158.
5. Токтарова Н.Н., Базарбекова Р.Б., Досанова А.К. - Распространенность Сахарного Диабета 2 Типа Среди Взрослого Населения Казахстана (Результаты Регистрового Национального Исследования Nomad) // Medicine (Baltimore). 2017. Vol. 6, № 180. Р. 43–51



УДК: 340.6:616-001.85

**ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ
ОСОБО ОПАСНОЙ ИНФЕКЦИИ - СИБИРСКАЯ ЯЗВА- *BACILLUS ANTHRACIS*.
(случай из практики)**

¹**Р.Р. Машанло** – судебно-медицинский эксперт Института судебных экспертиз по
Жамбылской области

²**А.С. Чупрынин** – судебно-медицинский эксперт Института судебных экспертиз по
Жамбылской области
Тараз, Казахстан^{1,2}

³**Г.А. Кусаинова** – резидент 1-го года кафедры судебной медицины НАО МУА г.Астана,
Астана, Казахстан³

Особо опасными инфекциями называются заболевания инфекционной природы, представляющие чрезвычайную эпидемическую опасность для окружающих. Такие инфекции протекают с ярко-выраженной клинической картиной, как правило, имеют тяжелое течение и высокую летальность. К ним относятся холера, легочная форма чумы, желтая лихорадка, геморрагические лихорадки (Эбола, Марбург, Ласса и др.), сибирская язва.

Сибирская язва (*Bacillus anthracis*) является острым, особо опасным инфекционным заболеванием, возникающим у человека и животных при заражении *Bacillus anthracis*, протекающим с формированием на коже специфических карбункулов, либо в септической форме. Источником инфекции являются дикие животные и скот, заражение происходит контактным путем. Инкубационный период сибирской язвы в среднем составляет 3-5 дней. Диагностика осуществляется в 3 этапа: микроскопия мокроты или отделяемого кожных элементов, бакпосев, биопробы на лабораторных животных. Лечение сибирской язвы осуществляется пенициллинами. При кожной форме оно сочетается с местным лечением язв и карбункулов.

Больной человек не представляет значимой эпидемиологической опасности для других людей, но может служить источником инфекции для животных. Механизм передачи сибирской язвы, как правило, контактный (проникновение возбудителя происходит через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки). Чаще всего люди заражаются при контакте с больными животными и переработке туш, изготовлении предметов из животного сырья, кулинарной обработке зараженного мяса.

Приводим случай из экспертной практики. Из определения районного суда назначена судебно-медицинская экспертиза по материалам административного дела, по факту заболевания гр-ки Н. Из установочной части определения известно следующее: «...в третьем квартале 2023 года гр-н А., забил больной скот и продал мясо гр-ке Н.. Через 6 дней оба заболели и поступили в инфекционное отделение центральной районной больницы с диагнозом «Сибирская язва»...».

На разрешение экспертов поставлены вопросы о наличии повреждения (заболевания) и его тяжести вреда здоровью.

На экспертизу представлена медицинская карта стационарного больного из центральной районной больницы на имя гр-ки Н., согласно записей которой, она поступила с диагнозом «Сибирская язва кожно-бубонная форма тяжелое течение». Жалобы при поступлении на слабость, повышение температуры тела до 37,8 С, на язву в левой локтевой области, на безымянном пальце справа, на указательном пальце слева, в центре язвы с серозно-геморрагическим экссудатом и формированием черного струпа, безболезненный, со слов сначала покраснение и зуд, папула увеличивалась и образовалась язва и отек по всей левой локтевой области.



Проведено полное лабораторно-диагностическое обследование. ПЦР на ДНК *Bacillus anthracis* обнаружена (р ХО10 р Х02+) от 14.08.2023г положительный передан с лаборатории областного особо опасного отдела. Микрореакция отрицательная. Проведенное лечение: диета 15. Режим 26-палатный. Инфузионная терапия, витаминотерапия, анальгетики, седативные препараты, антибиотикотерапия (бензилпенициллин). Состояние при выписке: Жалоб со стороны больного нет. Состояние больного удовлетворительное. Язвы в стадии рубцевания. Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. Исход лечения: Выздоровление. Диагноз заключительный клинический: «Сибирская язва кожно-бубонная форма тяжелое течение». В стационаре проведено 23 койко-дня.

При проведении судебно-медицинской экспертизы данного случая обращает на себя внимание то, что в Методике экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью (2021) никоим образом не оговорены особенности определения степени тяжести вреда здоровью у лиц, пораженных особо опасными инфекциями.

Под вредом здоровью (согласно вышеуказанной методики) понимают нарушение анатомической целостности органов (тканей) или их физиологических функций (телесные повреждения), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психогенных, а так же последствия, возникшие в результате дефектов оказания медицинской помощи, приведшие к расстройству здоровья или наступлению смерти.

С учетом вышеизложенного, в данном случае при определении Степени тяжести вреда здоровью была взята за основу длительность расстройства здоровья, когда сохранялась клиническая симптоматика и период выздоровления. Исходя из этого критерия, повреждения у гр-ки Н. квалифицированы как Средней тяжести вред здоровью человека.

Но, по нашему мнению, действующая Методика конкретно не учитывает возможность оценки тяжести вреда здоровью особо опасных инфекций с учетом характера, тяжести и особенностей их течения. Она не содержит соответствующих медицинских критериев, отсутствуют пояснения основных терминов. По-видимому, назрела необходимость тщательного обсуждения этих вопросов с возможными дополнениями действующей методики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Методика экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью. Шифр 23.1 (17), включена в Государственный реестр методик.
2. Судебная медицина: Руководство / В.В. Хохлов, Л.Е. Кузнецов - Смоленск, 1998.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин, 2007.



КОКЛЮШ

Аширметова Нигора Мухтаровна

Преподаватель медицинского колледжа при АО «ЮКМА», магистр медицинских наук

Әшім Ақжарқын Бауыржанқызы

Преподаватель медицинского колледжа при АО «ЮКМА»

Шымкент, Казахстан

Аннотация: Коклюш является эндемическим заболеванием, распространенное во всем мире, охватывающее детский возрастной период. Данное заболевание передается воздушно-капельным путем и чрезвычайно заразно. У человека, переболевшего коклюшем, иммунитет сохраняется в среднем до 20 лет. Коклюш называют детской инфекцией, хотя взрослые тоже болеют нередко (24% заболевших). Большинство инфицированных — это школьники 7–14 лет (до 38%) и дети в возрасте 1–2 лет (37–38%). Доля инфицированных малышей грудного возраста — 20–22%. Болезнь особенно опасна для малышей до 2 лет. Тяжелые последствия данной болезни можно предупредить только лишь вакцинацией.

Ключевые слова: *Bordetella pertussis*, Вакцинация, Коклюш, Приступообразный кашель, ПЦР, РСВ.

Коклюш, также известно название, как 100-дневный кашель, представляет собой инфекцию, вызываемую бактерией *Bordetella pertussis*[1]. Острое респираторное инфекционное заболевание, характеризуется продолжительным кашлем, которое длится неделями или даже месяцами. Возбудитель коклюша – грамотрицательная бактерия, требующая для выделения специальной среды. Бактерия вырабатывает различные токсины и многочисленные антигены, которые атакуют респираторные клетки, вызывая воспаление и паралич клеточных ресничек. Именно эти различные антигены способствуют различным стадиям коклюша. Недавние исследования обнаружили бактерию в альвеолярных макрофагах. Это препятствует выведению легочного секрета и является основой клинических симптомов.[2]

Bordetella pertussis распространяется воздушно-капельным путем и является чрезвычайно заразной инфекцией: в одном выявленном случае заражается примерно 80% домашних контактов. Временной, сезонной закономерности, связанной с коклюшем, не существует, но наблюдается небольшое увеличение заболеваемости летом и осенью.

Вакцина против коклюша при начальном введении эффективна на 95%, а затем через 5 лет ее эффективность снижается до 42%. Другие наблюдательные исследования отмечают, что вакцина против коклюша обеспечивает иммунитет на срок от 4 до 20 лет, но не на всю жизнь. Местные реакции на вакцину (покраснение, отек, боль в месте инъекции) чаще встречались у пациентов, получавших цельноклеточную АКДС (дифтерия, столбняк, коклюш). Из-за частоты этих местных реакций была создана более очищенная бесклеточная вакцина. Вакцина содержит инактивированные компоненты *B.pertussis*. Он сочетается с дифтерийным и столбнячным анатоксинами и одобрен для введения младенцам в возрасте от 6 недель.[3]

Проявления коклюша могут варьироваться в зависимости от возраста и статуса иммунизации. Клиническая картина коклюша может различаться у иммунизированных и неиммунизированных пациентов.

У иммунизированных пациентов коклюш может протекать в более легкой форме, от бессимптомного до приступообразного кашля в течение 1–2 недель, а также может наблюдаться лишь продолжительный кашель без характерного «крика». У неиммунизированного больного течение коклюша можно разделить на 3 стадии: катаральную, пароксизмальную и реконвалесцентную.

Катаральная первая стадия коклюша проявляется неспецифическими симптомами, такими как насморк, раздражение конъюнктивы и легкий кашель. Это также может сопровождаться субфебрильной лихорадкой, но это не является выраженным симптомом этого заболевания. К сожалению, все эти симптомы схожи с симптомами простуды.



Примерно через 7–10 дней у неиммунизированного пациента начинается приступообразная стадия с классическими приступами кашля с инспираторным «криком» или без него. Эти пароксизмы могут привести к рвоте и цианозу кожных покровов пациента. Данный цикл приступообразного кашля и рвоты приводит к истощению организма больного. Данные симптомы чаще возникают в ночное время суток. Пароксизмальная стадия может длиться до 10 недель, пик симптомов приходится на 2–3 неделе.

Стадия выздоровления характеризуется медленным и постепенным разрешением этих пароксизмов. Пароксизмы, как правило, рассеиваются в течение 2–3 недель, но могут рецидивировать при последующих инфекциях, независимо от этиологии инфекции верхних дыхательных путей. Кашель при стадии выздоровления больше похож на кашель, наблюдаемый при других инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. Данные пациенты все еще заразны, даже на поздней стадии заболевания.

Анализ влияния различных вирусных инфекций в сравнительном аспекте показал, что наиболее неблагоприятное влияние на течение коклюша у детей раннего возраста оказывали грипп и РСВ (респираторно-синцитиальный вирус) — это вирус, поражающий дыхательные пути.[4]

Диагностика *Bordetella pertussis* основана на клинико-эпидемиологических данных, результатах изменений в клиническом анализе крови и подтверждается лабораторными методами исследования. В клинической лабораторной диагностике данных заболеваний применяют несколько методов: бактериологический метод для выявления роста колоний возбудителей коклюша, серологический метод, направленный на определение суммарных антител к данным возбудителям; метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) — для выявления генетического материала возбудителя коклюша.

Коклюш передается воздушно-капельным путем при кашле и чихании. Бактерии могут даже оставаться на поверхностях в виде фомитов в виде выделений из дыхательных путей. Таким образом, гигиена рук и предотвращение распространения известных инфекций имеют решающее значение для снижения передачи коклюша. Одним из важнейших элементов снижения риска коклюша является вакцинация. Рекомендательный график иммунизации детей для профилактики коклюша представляет собой серию из 5 прививок против дифтерии, столбняка и бесклеточного коклюша (АКДС), начиная с 2, 4 и 6 месяцев, с последующей АКДС в возрасте от 15 до 18 месяцев и ревакцинацией в возрастном периоде от 4 до 6 лет.[5]

Таким образом, инфекция коклюша имеет свои клинические особенности, характеризуясь прежде всего тяжестью течения. Существенную роль в развитии тяжелых форм и осложнений при коклюше в случаях ассоциации с острыми респираторными вирусными инфекциями играет РСВ вирусная инфекция.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Центр по контролю и профилактике заболеваний. Эпидемиология и профилактика болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. В: Хамборски Дж., Крогер А., Вулф С., редакторы. 135-е издание. Вашингтон (округ Колумбия): Фонд общественного здравоохранения; 2015. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>.
2. Бабаченко И. В. Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у привитых детей в Санкт-Петербурге. Детские инфекции. 2006; т. 2: 22–26.
3. Тимченко В. Н., Бабаченко И. В., Ценёва Г. Я. Эволюция коклюшной инфекции у детей. СПбГПМА, ЭЛБИ-СПб; 2005.
4. Бабаченко И. В., Ярв Н. Э., Калинина Н. М., Давыдова Н. И. Центры по контролю и профилактике заболеваний. Профилактика коклюша, столбняка и дифтерии среди беременных и родильниц и их детей. Рекомендую- поправки Консультативного комитета по практике иммунизации. MMBP Morb Mortal Wkly Rep 2008;57(No.RR-4):1–18. Morb Mortal Wkly Rep 2008;57(No.RR-4):1–18
5. Фон Кениг Ч.Х., Гальперин С., Риффельманн М. и др. Коклюш взрослых и детей раннего возраста. Lancet Infect Dis 2002; 2: 744–50..



УДК 617.7

СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ертаева Аида Берікқызы, Каримжанов Улугбек Айбекович

резиденты 1 курса «Офтальмология взрослая, детская»

НАО Медицинский Университет Караганды,

Караганда, Казахстан

Аннотация: Синдром сухого глаза (ССГ) - это многофакторное заболевание глазной поверхности, характеризующееся потерей гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся глазными симптомами, при которых нестабильность слезной пленки и гиперосмолярность, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные нарушения играют этиологическую роль. В настоящее время установлено, что синдром сухого глаза часто связан с ревматоидным артритом (РА), хроническим системным воспалительным заболеванием, поражающим преимущественно суставы и соединительную ткань. В данной статье рассмотрены патогенез, клиническая картина и основные методы лечения данного состояния.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, ревматоидный артрит, нестабильность слезной пленки

Введение. Синдром сухого глаза (ССГ) - это многофакторное заболевание глазной поверхности, характеризующееся потерей гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся глазными симптомами, при которых нестабильность слезной пленки и гиперосмолярность, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные нарушения играют этиологическую роль [1].

Ревматоидный артрит (РА) определяется как системная аутоиммунная патология, связанная с хроническим воспалительным процессом, который может поражать как суставы, так и внесуставные органы, включая сердце, почки, легкие, пищеварительную систему, глаза, кожу и нервную систему [2]. Глазные проявления при РА включают эписклерит, склерит, язвенный кератит и синдром сухого глаза [3].

Цель: Целью данной статьи является рассмотрение связи между синдромом сухого глаза и ревматоидным артритом, а также обсуждение патогенеза и лечения данного синдрома.

Связь между ССГ и РА: Синдром сухого глаза является одним из наиболее распространенных офтальмологических проявлений при ревматоидном артрите. По некоторым оценкам, до 60% пациентов с РА страдают от ССГ. Этот синдром может быть вызван не только воспалением в суставах, но и иммунологическими нарушениями, которые влияют на слезные железы и продукцию слезной жидкости [4].

Патогенез: Патогенез синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите многогранен и может быть классифицирован на водно-дефицитный и испарительный подтипы [5]. Воспаление, характерное для РА, может привести к повреждению слезных желез, которые вырабатывают слезную пленку. Кроме того, аутоиммунные антитела, такие как ревматоидный фактор, могут атаковать слезные железы и приводить к ухудшению продукции слезной жидкости. Нестабильная слезная пленка, гиперосмолярность, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные нарушения считаются основными факторами, способствующими развитию ССГ [6]. ССГ может развиваться в поверхностный точечный кератит, нитевидный кератит и верхний лимбический кератоконъюнктивит [7]. Важно отметить, что нарушение барьерной функции роговицы может привести к серьезным патологиям поверхности роговицы, таким как эрозии, язвы и помутнения. Дефицит эстрогена у женщин с РА также может способствовать развитию ССГ [5].

Клинические проявления: У пациентов с синдромом сухого глаза при ревматоидном артрите могут наблюдаться следующие симптомы и признаки: ощущение песка или посторонних тел в глазу, жжение, покраснение, усталость глаз, покрывающие глаза выделения,



размытость зрения и повышенная чувствительность к свету. Кроме того, ССГ может увеличить риск развития инфекций глаз, таких как конъюнктивит или кератит. [3,4].

Лечение синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите:

1. Немедикаментозное лечение: Основное внимание должно быть уделено увлажнению глаз, например, через использование искусственных слезных капель или геля. Предпочтение следует отдавать препаратам, которые содержат компоненты, поддерживающие стабильность слезной пленки и смазывающие поверхность глаза. [9]. Также нужно регулярно проветривать помещения и избегать продолжительного использования компьютеров или других устройств с экранами.

2. Медикаментозное лечение: В случае синдрома сухого глаза при РА, можно использовать противовоспалительные глазные капли или мази для уменьшения воспаления и снижения симптомов ССГ [8]. Кроме того, в некоторых случаях могут назначаться препараты, стимулирующие работу слезных желез.

3. Консультация специалистов: Пациентам с РА и синдромом сухого глаза рекомендуется регулярные посещения офтальмолога для контроля состояния глаз и корректировки лечения [10]. Также ревматолог может оценить эффективность лекарственной терапии и предложить альтернативные схемы лечения. В некоторых случаях, когда нарушение слезоотделения становится слишком выраженным, может потребоваться хирургическое вмешательство.

Выводы. Синдром сухого глаза является распространенным офтальмологическим проявлением ревматоидного артрита. Он может причинять значительный дискомфорт пациентам и увеличивать риск развития осложнений глаза. Понимание механизмов развития ССГ при РА позволяет разработать эффективные терапевтические стратегии. Комплексное управление, включающее немедикаментозные подходы, фармакотерапию и регулярные консультации специалистов, позволяет существенно улучшить симптомы и общее состояние пациентов

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. J. Daniel Nelson JD, Craig JP, Akpek EK, Azar DT, Belmonte C, Bron AJ et al. TFOS DEWS II introduction. *Ocul Surf* 2017; 15: 269-275. [PubMed] [Google Scholar]
2. Conforti, A.; di Cola, I.; Pavlych, V.; Ruscitti, P.; Berardicurti, O.; Ursini, F.; Giacomelli, R.; Cipriani, P. Beyond the joints, the extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Autoimmun. Rev.* 2021, 20, 102735. [Google Scholar] [CrossRef]
3. Tong L, Thumboo J, Tan YK, et al. The eye: a window of opportunity in rheumatoid arthritis? *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10:552–560.
4. Kemer OE. Dry eye in rheumatoid arthritis. *Int Ophthalmol Clin.* 2017;57:89–99.
5. Pflugfelder, S.C.; de Paiva, C.S. The Pathophysiology of Dry Eye Disease: What We Know and Future Directions for Research. *Ophthalmology* 2017, 124, S4–S13. [Google Scholar] [CrossRef]
6. Nelson, J.D.; Craig, J.P.; Akpek, E.K.; Azar, D.T.; Belmonte, C.; Bron, A.J.; Clayton, J.A.; Dogru, M.; Dua, H.S.; Foulks, G.N.; et al. TFOS DEWS II Introduction. *Ocul. Surf.* 2017, 15, 269–275. [Google Scholar] [CrossRef] [Green Version]
7. Bron, A.J.; de Paiva, C.S.; Chauhan, S.K.; Bonini, S.; Gabison, E.E.; Jain, S.; Knop, E.; Markoulli, M.; Ogawa, Y.; Perez, V.; et al. TFOS DEWS II pathophysiology report. *Ocul. Surf.* 2017, 15, 438–510. [Google Scholar] [CrossRef]
8. Fraenkel, L.; Bathon, J.M.; England, B.R.; St Clair, E.W.; Arayssi, T.; Carandang, K.; Deane, K.D.; Genovese, M.; Huston, K.K.; Kerr, G.; et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2021, 73, 1108–1123. [Google Scholar]
9. Бржеский, В.В. Новые возможности медикаментозной терапии больных с роговично-конъюнктивальным ксерозом / В.В. Бржеский, И.В. Калинина, В.Ю. Попов // Русский медицинский журнал. Клиническая офтальмология. – 2016. – № 1. – С. 46
10. Cao, Y.; Zhang, W.; Wu, J.; Zhang, H.; Zhou, H. Peripheral Ulcerative Keratitis Associated with Autoimmune Disease: Pathogenesis and Treatment. *J. Ophthalmol.* 2017, 2017, 7298026. [Google Scholar] [CrossRef] [Green Version]



УДК 616-01-616-008

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МОДИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Әйгерім С. Исабаева, Ақбота С. Унарбекова

НАО «Медицинский университет Семей», Казахстан

Научный руководитель – Дана Кенжебаевна Кожаметова, PhD

Семей, Казахстан

Аннотация: Обзор представляет описание наиболее распространённых подходов к управлению факторами риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) со сравнением их преимуществ и недостатков. Работа позволит сориентироваться в выборе оптимальной тактики модификации факторов риска с учетом специфики популяции.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, модификация факторов риска ХНИЗ

Вопросы модификации факторов риска ХНИЗ остаются острой проблемой практического здравоохранения как в Казахстане, так и во всем мире. Анализ литературы показал, что наиболее распространенными среди взрослого населения являются такие факторы риска (ФР), как дислипидемия, нерациональное питание, низкая физическая активность, абдоминальное ожирение, различные нарушения углеводного обмена и артериальная гипертензия.

Практически все факторы риска, о которых было сказано выше, взаимосвязаны; некоторые из них имеют общий патогенез. Такие связи позволяют применять метод кластеризации для ряда ФР. Так, в работах Alosaimi N. et al. (2023) в здоровые, нездоровые и смешанные модели (кластеры). Согласно данным автора, нездоровые кластеры ассоциировались с наихудшими последствиями для здоровья; они преобладали в семьях с более низким социально-экономическим статусом и включали разную физическую активность в сочетании с низким потреблением фруктов и овощей и длительным временем перед экраном. Также отмечено, что у людей с нездоровыми и смешанными кластерами чаще выявляется ожирение, более высок сердечно-сосудистый риск, эти люди имели худшие показатели психического здоровья. Знание элементов кластера позволяет формировать адаптированные программы управления ФР и добиваться таким образом комплексного результата.

Еще один подход, заслуживающий, на наш взгляд, внимания – это так называемое «реабилитационное консультирование», внедряемое российскими медиками. В настоящее время работа проводится в отделениях кардиореабилитации и реализуется мультидисциплинарной командой - врачом-кардиологом, клиническим психологом, врачом-реабилитологом / врачом и инструктором лечебной физкультуры. Суть программы в обучении пациентов с ССЗ постепенной модификации образа жизни и длительный мониторинг результатов. Похожая программа (EUROACTION) использовалась в Испании. В этой программе было два акцента: первый акцент сделан на включение семьи в целом в качестве группы поддержки и обученных партнеров\детей в качестве непосредственных помощников в изменении поведенческих паттернов. Программа была рассчитана на внебольничную реализацию и авторами подчеркивалась важность психосоциальных аспектов развития ССЗ. Второй акцент был сделан на работу в интервенционных больницах: работали команды, управляемые медсестрой расширенной практики, и модификации в основном касались изменений пищевых привычек, обучению пациентов самоконтролю (измерение АД, оценка уровня ФА). Хотелось бы отметить еще один подход к управлению ФР ХНИЗ, описанный Wattanapisit A. et al. (2018). Авторы отмечают, что учреждения первичной медико-санитарной помощи являются подходящей средой для консультирования по вопросам модификации образа жизни (в частности, по увеличению ФА), поскольку это первичный контакт с пациентом. Семейные врачи имеют возможность долгосрочного наблюдения за пациентом, и,



соответственно, адекватной оценки динамики. Неожиданной проблемой, как показал анализ литературы, является недостаток знаний и неадекватная подготовка в области консультирования по вопросам ФА врачей первичного звена. Авторы предлагают ввести дополнительные тренинги по консультированию по вопросам ФА в программах ординатуры первичной медико-санитарной помощи (семейной медицины).

Достаточно рациональный подход к реализации мер профилактики описывается Villegas V., Shah A. et al (2022): авторами проведен анализ публикаций, посвященных оценке эффективности онлайн программ коррекции образа жизни пациентов с высоким риском сахарного диабета 2 типа. Результаты свидетельствуют, что дистанционное вмешательство может стать альтернативой очным программам, преимущество их в удобстве для участников. Наиболее масштабной была британская программа «The Healthier You: NHS Diabetes Prevention Program (NHS DPP)», включавшая более 800 000 участников на старте программы. Суть программы в групповом или индивидуальном коучинге, который предлагался всем участникам проекта для успешного снижения веса. Сессии шли онлайн на удобной участникам платформе, использовались различные девайсы, велись электронные записи с регистрацией динамики потери веса. Аналогичное решение описано Baroletti S, Dell’Orfano H. (2010) для курильщиков: поведенческая поддержка со стороны обученного специалиста, предоставляемая не реже одного раза в неделю в течение как минимум 4 недель после даты прекращения курения, увеличивала шансы долгосрочного успеха отказа от курения примерно в 3 раза; были в равной степени эффективны как индивидуальные, так и групповые программы поддержки. Недостатком онлайн программ называют их дороговизну и дефицит обученных тренеров.

Таким образом, во всех профилактических программах несомненная нагрузка и ответственность ложится на первичное звено здравоохранения; оптимальных результатов позволяют добиться программы, проводимые на общегосударственном уровне; более значимые результаты показывают долгосрочные программы с систематическим мониторингом результатов и максимальным сохранением количества изначально вступивших в программу участников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alosaimi N, Sherar LB, Griffiths P, Pearson N. Clustering of diet, physical activity and sedentary behaviour and related physical and mental health outcomes: a systematic review. BMC Public Health. 2023 Aug 18;23(1):1572. doi: 10.1186/s12889-023-16372-6. PMID: 37596591; PMCID: PMC10436445.
2. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Новикова Н.К., Родзинская Е.М., Персиянова-Дуброва А.Л. Изучение информированности о факторах риска и отношения к здоровью больных ишемической болезнью сердца. Новая технология «реабилитационное консультирование» — первый опыт применения. - Профилактическая медицина 2019, Т. 22, №4, с. 114-123 <https://doi.org/10.17116/profmed201922041114>
3. Buigues C, Queralt A, De Velasco JA, Salvador-Sanz A, Jennings C, Wood D, Trapero I. Psycho-Social Factors in Patients with Cardiovascular Disease Attending a Family-Centred Prevention and Rehabilitation Programme: EUROACTION Model in Spain. Life (Basel). 2021 Jan 26;11(2):89. doi: 10.3390/life11020089. PMID: 33530575; PMCID: PMC7912625.
4. Buigues C, Trapero I, Velasco JA, Salvador-Sanz A, Jennings C, Wood D, Queralt A. Nurse-led and Interdisciplinary Secondary Cardiovascular Prevention Programmes: Spanish Cohort of the EUROACTION Project. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2022;22(13):1319-1329. doi: 10.2174/1871530322666220331154354. PMID: 35362378.
5. Wattanapisit A, Tuangratananon T, Thanamee S. Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. BMC Med Educ. 2018 Jul 3;18(1):159. doi: 10.1186/s12909-018-1268-1. PMID: 29970092; PMCID: PMC6029015.
6. Villegas V, Shah A, Manson JE, Tobias DK. Prevention of type 2 diabetes through remotely administered lifestyle programs: A systematic review. Contemp Clin Trials. 2022 Aug;119:106817. doi: 10.1016/j.cct.2022.106817. Epub 2022 Jun 9. PMID: 35691488.



7. Barron E., Bradley D., Safazadeh S. et al. Effectiveness of digital and remote provision of the Healthier You: NHS Diabetes Prevention Programme during the COVID-19 pandemic. *Diabetic medicine*. 2022 Dec. 16; <https://doi.org/10.1111/dme.15028>
8. Baroletti S, Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*. 2010;121:1455–8.
9. Jayedi A, Soltani S, Abdolshahi A, Shab-Bidar S. Healthy and unhealthy dietary patterns and the risk of chronic disease: an umbrella review of meta-analyses of prospective cohort studies. *Br J Nutr*. 2020 Dec 14;124(11):1133-1144. doi: 10.1017/S0007114520002330. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32600500.
10. Afshin, A, Sur, PJ, Fay, KA, et al. (2019) Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 393, 1958–1972.
11. Alcaraz A, Bardach AE, Espinola N, Perelli L, Rodriguez Cairoli F, La Foucade A, de Mello Vianna CM, Guevara G, Gittens-Baynes KA, Johns P, Beharry V, Balán DJ, Palacios A, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Health and economic burden of disease of sugar-sweetened beverage consumption in four Latin American and Caribbean countries: a modelling study. *BMJ Open*. 2023 Feb 7;13(2):e062809. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062809. PMID: 36750287; PMCID: PMC9906178.
12. Pullar J, Wickramasinghe K, Demaio AR, Roberts N, Perez-Blanco KM, Noonan K, Townsend N. The impact of maternal nutrition on offspring's risk of non-communicable diseases in adulthood: a systematic review. *J Glob Health*. 2019 Dec;9(2):020405. doi: 10.7189/jogh.09.020405. PMID: 31656604; PMCID: PMC6790233.
13. Inoue Y, Qin B, Poti J, Sokol R, Gordon-Larsen P. Epidemiology of Obesity in Adults: Latest Trends. *Curr Obes Rep*. 2018 Dec;7(4):276-288. doi: 10.1007/s13679-018-0317-8. PMID: 30155850; PMCID: PMC6215729.
14. Chrissini MK, Panagiotakos DB. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2021 Feb 12;33(3):9-39. doi: 10.1515/ijamh-2020-0275. PMID: 33592684.
15. Molani Gol R, Rafrat M. Association between abdominal obesity and pulmonary function in apparently healthy adults: A systematic review. *Obes Res Clin Pract*. 2021 Sep-Oct;15(5):415-424. doi: 10.1016/j.orcp.2021.06.011. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34261619.
16. Wu T, Jahangir MR, Mensink-Bout SM, Klein S, Duijts L, Oei EHG. Visceral adiposity and respiratory outcomes in children and adults: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2022 Jun;46(6):1083-1100. doi: 10.1038/s41366-022-01091-6. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35190670.
17. Sasaki, E., Ota, S., Chiba, D. et al. Early knee osteoarthritis prevalence is highest among middle-aged adult females with obesity based on new set of diagnostic criteria from a large sample cohort study in the Japanese general population. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 28, 984–994 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00167-019-05614-z>
18. Dong Y, Yan Y, Zhou J, Zhou Q, Wei H. Evidence on risk factors for knee osteoarthritis in middle-older aged: a systematic review and meta analysis. *J Orthop Surg Res*. 2023 Aug 29;18(1):634. doi: 10.1186/s13018-023-04089-6. PMID: 37641050; PMCID: PMC10464102.
19. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr*. 2002 Feb;5(1A):245-51. PMID: 12027291.
20. Baghaei A, Sarrafzadegan N, Rabiei K, Gharipour M, Tavasoli AA, Shirani S, Bahonar A, Davarpanah AH, Ramezani MA, Kelishadi R. How effective are strategies for non-communicable disease prevention and control in a high risk population in a developing country? Isfahan Healthy Heart Programme. *Arch Med Sci*. 2010 Mar 1;6(1):24-31. doi: 10.5114/aoms.2010.13503. Epub 2010 Mar 9. PMID: 22371716; PMCID: PMC3278939.
21. Ramesh G, Belardo D, Gulati M, Ostfeld RJ, Michos ED. Agricultural policy and societal factors influence patients' ability to follow a healthy diet. *Am J Prev Cardiol*. 2021 Nov 2;8:100285. doi: 10.1016/j.ajpc.2021.100285. PMID: 34816143; PMCID: PMC8593558



ӨОЖ 616.127-002-08-084

КОРОНАРЛЫ АРТЕРИЯЛАРДЫҢ ОБСТРУКЦИЯСЫНСЫЗ БОЛАТЫН МИОКАРД ИНФАРКТЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫН ҚАРАСТЫРУ

Нишанбаева Мухлиса Акбаралиқызы

КеАқ «Қарағанды медицина университеті», Жалпы медицина факультетінің 4 курстуденті
Ғылыми жетекшісі - м.ғ.к., ассистент-профессор Бейсенбекова Ж.А.

Қарағанды, Қазақстан

Аннотация: Жүрек қантамыр аурулары әлемнің көптеген елдерінде және сонымен бірге Қазақстанда да денсаулық сақтау жүйесіндегі ең маңызды проблемалардың бірі болып келеді. Жүрек қан тамыр ауруларының ішінде өлімнің жоғары көрсеткіші ретінде миокард инфаркты саналады. Миокард инфарктының себебі атеротромбоз ғана емес, басқа да көптеген себептері бар екені белгілі (коронарлы артериялардың спазмы, Такоцубо синдромы, микроваскулярлы спазм, миокардит, коронарлы қантамырлардың эмболиясы). Миокард инфарктының көрсеткішінің өсуімен бірге, бұл аурудың жаңа типтерінің пайда болуымен кардиологияға жаңа термин MINOCA енгізілді. MINOCA - Myocardial Infarction with non obstructive Coronary Arteries) термині алғаш рет 2013 жылы J.F.Beltrame ұсынды. Бұл термин миокард инфарктының симптомдары бар, бірақ коронарлы ангиографияда коронарлы артериялардың стенозы болмайтын гетерогенді патологиялардың тобын біріктіретін диагноз. Бүгінгі күнге дейін жүргізілген әр түрлі авторлардың мәліметтері бойынша, MINOCA - ның таралуы 1% - дан 14% - ға дейін вариацияны құрайды. Ірі 27 зерттеудің мета-талдауы бойынша (N=176502) коронарография жасаған науқастар ішінде 6% MINOCA анықталған. Жоғарыда жүргізілген мета-талдау бойынша MINOCA жедел коронарлы синдром кезінде электрокардиограммада науқастардың 67 % ST сегментінің жоғарылауынсыз, ал 33 % ST сегментінің жоғарылауымен көрінеді. MINOCA-ның негізгі патофизиологиялық дамуының механизмі ретінде келесідей себептерді қарастыруға болады: физикалық жүктеме кезінде болатын эндотелийдің дисфункциясы, коронарлы артериялардың спазмы, коронарлы артериялардың тромбозы немесе эмболиясы.

Кілт сөздер: миокард инфаркты, коронарлы артериялардың обструкциясынсыз болатын миокард инфаркты, коронарлы ангиография, тамырлардың дисфункциясы.

Зерттеудің мақсаты: мақсаты коронарлы артериялардың обструкциясынсыз жүретін миокард инфарктының клиникалық жағдайға байланысты қарастырылатын науқаста аурудың негізгі ерекшеліктері мен этиологиялық факторларын және патогенезін қарастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Ғылыми жұмысты жазу барысында 2020-2023 жылғы Pubmed, European heart Journal, Ciberleninka журналдары қолданылы. Негізгі ғылыми жұмыстың барысы Қарағанды қаласындағы ЖШС «Тұлпар» кардио-реабилитациялық орталықтағы жоспарлы оңалтудан өткен миокард инфарктының MINOCA-ның түрімен ауырған науқастың клиникалық жағдай негізінде жазылды. Клиникалық жағдайдың сипаттамасы: науқас, 37 жаста төс сүйегінің артындағы мерзімді ыңғайсыздық сезімі, жалпы әлсіздік, байланысты науқас жоспарлы түрде ЖШС "Тұлпар" кардио-оңалту орталығында оңалтудың 3 кезеңіне жатқызылды. Науқастың Коронарлық ауру тарихы - 2023 жылдың ақпанынан бастап, сол жақ қарыншаның төменгі бүйір қабырғасының жедел Q-теріс миокард инфарктісі стенокардиясыз алғаш рет пайда болды. Жағдайдың күрт нашарлауы 04.02.2023 басталды, науқас шамадан тыс физикалық күштемеден кейінгі кенеттен төс сүйегінің артындағы қыздыру сипатындағы ауырсынуды



байқай бастағанда, жедел жәрдем шақырып, электрокардиография жасалынған. ЭКГ-да I, AVL, V1-V6-дағы тіркемелерінде Т-тісшесінің жоғарылауы анықталды. Жедел жәрдем Аспирин 300 мг, Гепасан 5000 бірлік, Тривентин 180мг препараттарымен алғашқы көмек көрсетілді. ST сегментінің көтерілуінсіз Жедел коронарлы синдром диагнозымен №2көпбейінді ауруханаға тасымалданды және Жедел коронарлы жеткіліксіздік бөліміне госпитализацияланды. Науқасқа шұғыл түрде коронарография жасалды. Коронарография нәтижесі бойынша науқаста коронарлы қан айналымның оң жақты типі анықталды және қантамырлардың стенозы анықталмағандықтан Жедел коронарлы синдром, MINOCA диагнозы қойылды. Науқастың өмір анамнезінде-артериальды гипертензия 3 дәрежесі, 4 қауіп тобы, 15 жылдан бері күніне жарты қорап темекі шегеді, тамақтануы жоғары ДМИ 33,2 кг/см². Оңалту орталығында науқасты толық зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері жүргізілді. Зерттеуде артериальды қан қысымының тәуліктік максимальды систолалық қан қысымы 159 мм.сын.бағ, ал диастолалық қан қысымы 98 мм.сын.бағ бағаланып симптоматикалық ем тағайындалған. Науқас оңалту орталығында гиполипидемиялық препарат аторвастатин және бір жыл бойы Тромбопол, кворек препараттарын бір жыл бойы қабылдаған. Қан қысымына – стопресс және бисопролол тағайындалған. Науқастың өмір анамнезінде-артериальды гипертензия 3 дәрежесі, 4 қауіп тобы, 15 жылдан бері күніне жарты қорап темекі шегеді, тамақтануы жоғары ДМИ 33,2 кг/см², гиперлипидемия анықталады.

Зерттеудің нәтижелері және талқылау: Клиникалық жағдай бойынша талдау жүргізетін болсақ МИ туындауына науқастағы қауіп факторларының коронарлы микроартериялардың спазмына және микротамырлардың эндотелий қабатының зақымдалуына әкеледі. Тамырлардың спазмына әкелетін науқастағы болған шамадан тыс физикалық күштеме және өмір анамнезіндегі қауіп факторлары оның ішінде 15 жылдан бері жарты қорап темекі шегу, коронарлы тамырлардың ишемиясына және микротамырлардың эндотелий қабатының бұзылуына алып келген. Эндотелийдің дисфункциясы әсерінен микротамырларда NO –синтазаның ингибирленуі және оттектің активті формаларының генерациялануына алып келеді, бұл кезегінде тамырларда вазоконстрикция туындатады. Тамырлардың дисфункциясы жүрек тамырларында перфузияның бұзылысына әкеліп, коронарлы қанайналымын баяулатады. MINOCA-ның дамуында микроартериялардың спазмы науқастардың 50 пайызында кездеседі. Науқастың ДМИ жоғары болуына және гиперлипидемияға байланысты науқастың микротамырларында атеротромбоздық түйіндердің қалыптасуыда болуы мүмкін. Әдебиеттік зерттеулерде тамырлар аймағындағы атеротромбоздық түйіндердің жарылуы, эрозиясы MINOCA-ның жиі себептерінің бір ретінде қарастырылады. Бұл жағдайда КАГ-та тамырларлардың стенозы анықталмайды. MINOCA кезінде міндетті түрде тропониннің көрсеткішін анықтау маңызды себебі, MINOCA-да миокардиоциттердің деструкциясы болмайды. Науқаста MINOCA-ның пайда болуында шамадан тыс физикалық күштеме негіз болған. Себебі жүрек қанайналымына нейрогуморальды және метаболитикалық факторларда әсер етеді. Негізі симпатикалық талшықтар жүрекке вазодилатацияны шақырады, бірақ бірден жасалған шамадан тыс физикалық күштеме коронарлы тамырлардың спазмын туындатады. Науқаста бірден жүрегінің жиырылуының жоғарылауы жүректің оттегіне деген мұқтаждығын арттырып, тамырлардың жиырылуына алып келеді. Қарастырылған науқаста шын MINOCA қойылған, себебі 2019 жылғы Америкалық Кардиологтардың Ассоциациясы жарияланған үш этаптық диагностикалық стратегия бойынша науқастан жалған MINOCA туындататын аурулардың барлығы дифференцияланған және аспаптық зерттеу әдістері толық жасалынған. Дифференциальды диагнозда келесідей аурулар жалған MINOCA-ны тудырады: миокардит, Такоцубо синдромы, коронарлы артериялардағы эмболия, өкпе артерияларының тромбоэмболиясы. Бұл аурулармен ажыратпалы диагностика жасау өте маңызды, себебі MINOCA кезінде емді дұрыс тағайындау маңызды.



Қорытынды: Клиникалық жағдайға байланысты MINOCA термині диагнозды верификациялауда және емдеу тактикасын тандаудағы алдын ала диагноз. Қазіргі таңда MINOCA термині гетерогенді қолданылады. Бірақ Америка Кардиологтар Ассоциациясының диагностикалық стратегиясын қолданып шын MINOCA диагнозын растау өте маңызды. MINOCA этиологиясын патогенезін зерттеу науқастарда екіншілікті миокард инфарктының алдын алуға көмектеседі. Осылайша, біздің білімімізде көп нәрсе патофизиологияға назар аудару керек екенін айтады. Әдебиеттік зерттеулерде MINOCA терминін қазіргі кезде гетерогенді синдром деп қолдануға байланысты зерттеулердің бір бірінен айырмашылығы үлкен. MINOCA-ның пайда болуында бірнеше патофизиологиялық механизмдердің болуы барлық пациентке бір әмбебап ем тағайындала алмайтындығын көрсетеді, сондықтан әрбір пациенттің клиника-диагностикалық зерттеу әдістері маңызды.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сафонова Е.А., Сукманова И.А. Инфаркт миокарда без обструктивного поражения коронарных артерий (MINOCA). Клиническая медицина. 2020;98(2):89–97. DOI <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-2-89-97>.
2. Хоанг Ч.Х., Лазарев П.В., Майсков В.В., Мерай И.А., Кобалава Ж.Д. Инфаркт миокарда без обструкции коронарных артерий: современные подходы к диагностике и лечению. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2019;15(6):881-891. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-6-881-891
3. Bertil Lindahl, Tomasz Baron, Mario Albertucci, Francesco Prati. Myocardial infarction with non-obstructive coronary artery disease. State of the Art by Eurointervention. 2021;17: e875- e887
4. Sherashov A.V., Shilova A. S., Pershina E. S., Shekochikhin D.Yu., Gilyarov M.Yu. Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries. Kardiologiia. 2020;60(3):89–95. [Russian: Шерашов А.В., Шилова А.С., Першина Е.С., Щекочихин Д.Ю., Гиляров М.Ю. Инфаркт миокарда без признаков обструктивного атеросклероза коронарных артерий. Кардиология. 2020;60(3):89–95.]
5. Статистика по сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане. Доступно по: <https://liter.kz/v-2021-godu-kazakhstantsy-chashche-umirali-ot-serdechnykh-zabolevani1-statistika-1645422242/>. Ссылка активна на 22 февраля 2022.02:47
6. Giovanni Occhipinti, Chiara Bucciarelli-Ducci, and Davide Capodanno. Diagnostic pathways in myocardial infarction with non-obstructive coronary artery disease (MINOCA). European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care (2021) 10, 813–822 doi:10.1093/ehjacc/zuab049

ДӘРІЛІК ШАТЫРАШ (*SALVIA OFFICINALIS* L.) ЭКСТРАКТЫ ҚОСЫЛҒАН ТІС ҰНТАҒЫНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ САПА КӨРСЕТКІШТЕРІ

Мұсағалиқызы Шұғыла - «Фармацевтикалық өндіріс технологиясы» мамандығы
4 курс студенті

Ғылыми жетекші: Амантаева Меруерт Ералиевна, медицина ғылымдарының магистрі
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Алматы, Қазақстан

Аннотация: Дәрілік шатыраштың (*Salvia officinalis* L.) дәрілік өсімдік шикізатының сығындысын қолдану негізінде әзірленген тіс ұнтағының оңтайлы құрамы мен технологиясын әзірлеу. Жасалған үлгідердің құрамы, органолептикалық қасиеттері, сапа көрсеткіштері нормативтік құжат талаптары негізінде жүргізілді.

Кілт сөздер: Дәрілік шатыраштың (*Salvia officinalis* L.) экстракты, тіс ұнтағы, сапа көрсеткіштері.



Кіріспе

Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.) өсімдігі депрессия, семіздік, қант диабеті, қызыл жегі, деменция, қатерлі ісік және жүрек аурулары сияқты көптеген аурулар мен бұзылуларды емдеу үшін қолданылатын дәрілік өсімдік ретінде танымал. Көптеген зерттеулерге сәйкес, дәрілік шатыраш әртүрлі грам-позитивті микробтарға қарсы әрекет етеді. (*Streptococcus* sp. *Bacillus* sp., etc.) және Грамтеріс (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas* sp., etc.) бактериялар және саңырауқұлақтар. Медицинада қолданудан басқа, бұл өсімдік фитофармацияда, косметика өнеркәсібінде және тағамдық хош иістендіргіштерде қолданылады [1].

Salvia officinalis L. эфир майының жоғары мөлшері мен оның көптеген компоненттеріне байланысты ең құнды шөптердің бірі болып табылады. Оның танымды жақсарту, сондай-ақ емшектен шығару кезінде емізетін ана сүтінің мөлшерін азайту сияқты денсаулыққа байланысты көптеген қолданулары бар, сонымен қатар жұқпалы тамақты шаюға, жүрек-тамыр аурулары мен жүйке бұзылыстарын, депрессияны, церебральды ишемияларды және жаралар үшін антисептик ретінде әрекеттерді емдеуге ұсынылады [2].

Бактерицидтік белсенділікті Доктор Керманшах *in vitro* деңгейінде гидроалкогольді сығындысының кариостатикалық әсерін бағалау үшін *Salvia officinalis* және *Achillea millefolium* сығындылары қолданылды. Бұл екі сығындының бактерияға қарсы белсенділігі *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus rhamnosus*, және *Actinomyces viscosus* корпаның макросұйылту әдісі арқылы бағаланды. Минималды тежегіш концентрациясы (МИК). *Salvia officinalis* және *Achillea millefolium* үшін *S. Mutans* 6,25 және 50 µg болды. Екі үзінді арасындағы айырмашылықтар статистикалық маңызды болды. *Salvia officinalis* барлық үш бактерияның өсуіне үлкен ингибиторлық әсер етеді. Қарастырылған концентрация диапазонында екі сығынды да бактерицидтік әсер етті [3].

Деламарет эфир майларының бактерияға қарсы белсенділігіне ұқсас зерттеу жүргізді, *Salvia officinalis* L. және *Salvia triloba* L. Оңтүстік Бразилияда өсіріледі. Негізгі құрамдас бөліктері *S. Officinalis* α-тужон, 1,8-цинол, камфора, борнеол және β-пинен болды, ал *S. Triloba* α-тужон, 1,8-цинол, камфора және β-кариофилен болды. Екі түрдің де эфир майлары қарсы керемет бактериостатикалық және бактерицидтік белсенділікті көрсетті: *Bacillus cereus*, *Bacillus megatherium*, *Bacillus subtilis*, *Aeromonas hydrophila*, *Aeromonas sobria*, және *Klebsiella oxytoca* [4].

Кандидозға қарсы белсенділік Boonyanit Thaweboon *Salvia officinalis* L. антикандидтік әрекеттерін дәлелдеді. Кандидозға қарсы эфир майы болып табылады. *Candida albicans* және адгезияға ингибиторлық әсер етеді. Дискінің диффузиялық әдісі алғаш рет антикандидтік белсенділікті тексеру үшін қолданылды. Алынған нәтижеде эфир майы барлық штаммдарға қарсы антикандидтік белсенділікті көрсетті. *C. Albicans* тежелу аймағымен 40,5-тен 19,5 мм. *S. officinalis* эфир майы кандидозды адгезияны болдырмау және осылайша кандидозбен байланысты протез стоматитінің қаупін азайту үшін протезді саңырауқұлақтарға қарсы тазартқыш ретінде пайдаланылуы мүмкіндік береді [5].

Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеу жұмысы С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті базасында, Фармация мектебінің ғылыми-практикалық бақылау-аналитикалық зертханасында, симуляциялық орталықта жүргізілді.

Әсер етуші негізгі зат: Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.), экстракты, өзіне тән иісі, дәмі бар, қою, қоңыр түсті, тұтқыр масса.

Тәжірибе бөлімі

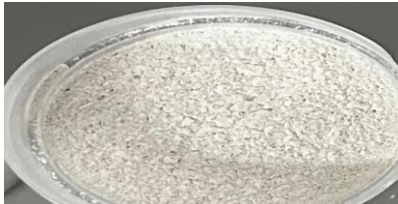
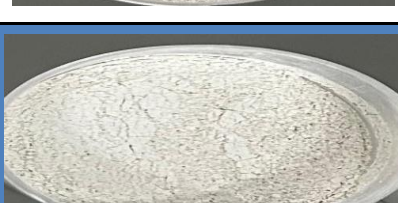
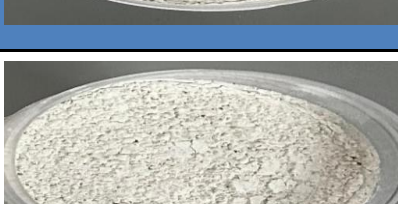
Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.) экстракты қосылған тіс ұнтағының ұтымды құрамын жасау үшін ингредиенттердің физико-химиялық қасиеттерін ескере отырып, технологиялық ережелерге сай 5 үлгі жасалды (1-кесте).



Кесте 1 – *Salvia officinalis* L. экстрактынан тіс ұнтағын алу үлгілерінің құрамы

№	Ингредиенттер атауы	Ингредиенттердің тағайындалуы	Үлгілер (г)				
			№1	№2	№3	№4	№5
1	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г	Негізгі әсер етуші зат	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
2	Кальций карбонаты, г	Көмекші зат	80,0	80,0	75,0	92,0	94,0
3	Натрий гидрокарбонаты, г	Көмекші зат	12,0	15,0	15,0	-	-
4	Натрий лаурил сульфаты, г	Көмекші зат	2,0	-	5,0	3,0	1,0
5	Натрий сахарин, г	Көмекші зат	0,2	0,3	-	0,2	-
6	Жалбыз эфирі, г	Көмекші зат	-	0,1	-	0,1	-
Жалпы масса			100	100	100	100	100

Кесте 2 – Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.) экстрактысы негізіндегі жасалған тіс ұнтағының органолептикалық сипаттамалары

Үлгі	Құрамы	Сыртқы көрінісі	Сипаттамасы
1	2	3	4
№1	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г – 5 Кальций карбонаты, г – 80 Натрий гидрокарбонаты, г – 12 Натрий лаурил сульфаты, г – 2 Натрий сахарин, г – 0,2		Біртекті ұнтақ, бөгде қоспаларсыз масса, ақшыл-сұр түсті, жабысқақ.
№2	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г – 5 Кальций карбонаты, г – 80 Натрий гидрокарбонаты, г – 15 Натрий сахарин, г – 0,3 Жалбыз эфирі, г – 0,1		Біртекті емес ықшам бөгде қоспаларсыз масса, ақшыл-сұр түсті,өзіне тән иісі бар.
№3	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г – 5 Кальций карбонаты, г – 75 Натрий гидрокарбонаты, г – 15 Натрий лаурил сульфаты, г – 5		Біртекті ұнтақ, біртекті сығылған ықшам бөгде қоспаларсыз масса. Иісі қышқылтым.
№4	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г – 5 Кальций карбонаты, г – 92 Натрий лаурил сульфаты, г – 3 Натрий сахарин, г – 0,2 Жалбыз эфирі, г – 0,1		Біркелкі,ақшыл-сұр түсті, жағымды иісі бар, сусымалдық қабілеті жоғары, біртекті масса
№5	Дәрілік шатыраш (<i>Salvia officinalis</i> L.) экстракты, г – 5 Кальций карбонаты, г – 94 Натрий лаурил сульфаты, г – 1		Біртекті емес, түсі ақшыл, сусымалдық дәрежесі төмен.



Кесте 3 – Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.) экстракты қосылған тіс ұнтағының сапа параметрлері

Сапа көрсеткіштері	Нормалар (руқсат етілген шегі)	Сынақ әдістеріне сілтемелер
1	2	3
Сипаттамасы	Ұнтақ ақшыл-сұр түсті. Өте ұсақ, жеңіл ұшатын, өзіне тән иісі бар.	ҚР МФ 1-том Ауызша қолдануға арналған ұнтақтар мақаласы, 540 б.
Идентификациясы	Алюминий хлоридпен реакциясында ашық сары, сарғыш түс беру. Темірдің (III) хлоридімен реакциясында қоңырқай жасыл түстің пайда болуы.	ҚР МФ 1-том 2.2.27, 71 б.
Ұнтақталу дәрежесі	Өте ұсақ ұнтақтар. Ұнтақ №180 електен 95%-дан кем емес, ал №125 електен 40%-дан кем емес массасы өтуі тиіс.	ҚР МФ 1-том 2.9.12, 249 б.
Сусымалылық	100г масса диаметрі 100мм болатын воронкадан 25сек артық емес уақытта ағып өтуі керек.	ҚР МФ 1-том 2.9.16, 251 б.
Себілгіш көлемі	500 және 1250 сокқы арасындағы ұнтақ көлемдері 2мл аспау керек.	ҚР МФ 1-том 2.9.15, 250 б.
Кептіру кезінде салмақ жоғалу	0,4%	ҚР МФ 1-том 2.2.32 91 б.
Микробиологиялық тазалығы	1 мл препаратта аэробы бактериялар 10^4 аспауы, саңырауқұлақтар 10^2 аспауы, энтеробактериялар және кейбір грамтеріс бактериялар 10^2 аспауы керек. 1 мл препаратта <i>Staphylococcus aureus</i> және <i>Escherichia coli</i> тұқымдастарының бактериялары, 10 мл препаратта <i>Salmonella</i> бактериялары болмауы керек.	ҚР МФ, Іт., 5.1.4, 2 категория, ҚР МФ, Іт., 2.6.12 ҚР МФ, Іт., 2.6.13
Сандық анықтау	Газды хроматография негізінде	ҚР МФ I, 2.2.28
Қаптау	Көлемі 100мл HDPE пластикалық құтыларға қапталады. Әр құтыға затбелгі жабыстырылып, мемлекеттік және орыс тілдеріне қолданылу туралы нұсқаулық жазылады.	МЕМСТ 17768-90
Таңбалау	Мемлекеттік және орыс тілінде өндіруші мемлекет, өндіруші кәсіпорын, тауарлық белгісі, мекен жайы, субстанцияның атауы, салмағы нетто, сериясы, сақтау шарттары, дайындалған мерзімі және сақтау мерзімі көрсетіледі	ҚР ДСМ 2021 жыл 27 қаңтардағы № ҚР ДСМ-11 бұйрығы
Тасымалдау	ҚР ДСМ 2021 жыл 16 ақпандағы № ҚР ДСМ - 19 бұйрығына сәйкес орындалады.	ҚР ДСМ 2021 жыл 16 ақпандағы № ҚР ДСМ - 19 бұйрығы
Сақтау	25°C-тан жоғары емес температурада, құрғақ, балалардың қолы жетпейтін жерде	МЕМСТ 17768-90
Сақтау мерзімі	5 ай (зерттеу жүргізілуде)	НҚ сәйкес
Негізгі фармакологиялық әсері	Қабынуға қарсы	НҚ сәйкес



Қорытынды

Дәрілік шатыраш (*Salvia officinalis* L.) дәрілік өсімдік шикізатынан алынған экстракт қосылған тіс ұнтағының оңтайлы құрамы мен технологиясы жасалды. Зерттеу жұмысы жалғасуда.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

- 1 Bosnić, T., Bosnić, T., Softić, D., & Grujić-Vasić, J. (2006). Antimicrobial Activity of Some Essential Oils and Major Constituents of Essential Oils. *Acta Medica Academica*, 35 (1), 9–14.
- 2 M. Hamidpour, R. Hamidpour, S. Hamidpour, and M. Shahlari, “Chemistry, pharmacology, and medicinal property of sage (*Salvia*) to prevent and cure illnesses such as obesity, diabetes, depression, dementia, lupus, autism, heart disease, and cancer,” *J. Tradit. Complement. Med.*, vol. 4, no. 2, pp. 82–88, 2014.
- 3 Miliauskasa G, Venskutonisa PR, van Beekb TA. Screening of radical scavenging activity of some medicinal and aromatic plant extracts. *Food Chem* 2004;85: 231-7.
- 4 Bozin B, Mimica-Dukic N, Samojlik I, Jovin E. Antimicrobial and antioxidant properties of rosemary and sage (*Rosmarinus officinalis* L. and *Salvia officinalis* L., Lamiaceae) essential oils. *J Agric Food Chem* 2007;55: 7879-85.
- 5 Sookto T, Srithavaj T, Thaweboon S, Thaweboon B, Shrestha B. In vitro effects of *Salvia officinalis* L. essential oil on *Candida albicans*. *Asian Pac J Trop Biomed* 2013;3: 376-80.

ЖАС ӨСПІМДЕРДЕ ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Дурдыев А.Б. - СК 010 -23 топ интерні
Жетекші -Аргинова Қ.Қ.

«Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті» мекемесі,
Шымкент, Қазақстан

Түйін: Пародонт-бұл тісті қоршап тұрған және оның жаққа бекітілуін қамтамасыз ететін тіндердің жиынтығы. Пародонтқа қызыл иектің беткі қабаты, пародонттың фиброзды аппараты, тіс түбірлерінің альвеолярлық өсінділері және цементі жатады. Мұндай ауруларға пародонттың қабынуы, дистрофия және бір, бірнеше немесе барлық тіндердің ісік тәрізді сипаты пайда болатын патологиялық жағдайлар жатады.

Кілтті сөздер: пародонт, атрофия, ауру, профилактика

Пародонт-бұл тісті қоршап тұрған тіндердің жиынтығы генетикалық және функционалдық қауымдастық: периодонт, альвеола сүйегі, қызыл иекпериостеум және тіс тіндері. Пародонт бірқатар маңызды функцияларды орындайды: шайнау қысымын тосқауыл, трофикалық, рефлекторлық реттеу, пластикалық және амортизациялық. Пародонт тіндерінің қабынуымен бұл функциялардың бұзылуы орын алады, олардың дәрежесі жоғарылайды [1].

Пародонт аурулары ас қорыту функциясына, психоэмоционалды салаға теріс әсер етеді, дененің әрекетке төзімділігін төмендетеді, жұқпалы және басқа факторлар науқастың сенсбилизациясына әкеледі. Периодонтит-бұл қызыл иектің қабыну ауруы. Уақыт өте келе бұл қызыл иектің сүйек және дәнекер тінінің атрофиясына әкеледі, бұл тістердің бұзылуына



және олардың жоғалуына әкеледі. Пародонт тіндерінің қабыну сипатындағы ауруларға қазіргі стоматологияда үлкен мән берілуде, өйткені олардың патогенезінің күрделілігі, полиэтиологиясы және көптеген емдік шаралардың қысқа мерзімді нәтижелері бар [2].

Периодонтиттің дамуына ықпал ететін факторлар:

Жаман әдеттер және жалпы аурулар – темекі шегу, қант диабеті, асқазан-ішек жолдарының аурулары, жүрек-тамыр жүйесі аурулары, стресс. Тістің айналасында қызыл иекті қысу тастардың пайда болуына әкеледі. Тістердің қиғаш орналасуы. Ауызбен тыныс алу-ауыз қуысының ылғалдылығын төмендетеді, қызыл иекті құрғатады.

Периодонтит белгілері:

Ауыздан уақтылы немесе тұрақты қан кету;
ауыздан жағымсыз иіс шығады;
тістер арасындағы қашықтықтың артуы;
тістер арасындағы тамақ қалдықтарының ауырсынуын басу;
тістердің қышуы, қызаруы, ісінуі, ауыруы;
тіс жегісі [3].

Қазіргі стоматологияның қабыну пародонт ауруларының диагностикасы мен емдеуі бойынша жоғары деңгейге көтерілгеніне қарамастан, аурудың қайталануының жоғары жиілігі, аурудың неғұрлым ауыр түрлеріне көшу және қысқа ремиссия кезеңдері сақталады. Стоматологиялық көмекті сапалы және уақтылы көрсету тек стоматологиялық іс-шаралар мен профилактикалық бағдарламалардың даму деңгейіне ғана емес, сонымен қатар стоматологиялық көмекті ұйымдастыру формаларына да байланысты [3]. Қазіргі уақытта тіс ауруының алдын алудың көптеген әдістері бар. Стоматологиялық аурулар кезінде әртүрлі құралдар арқылы ауыз қуысының гигиенасын жақсарту, бұл стоматологиялық мәселелерді шешуде ең жоғары профилактикалық әсер етеді. Алдын алудың негізгі мақсаттары аурулардың пайда болуы мен дамуы үшін себептер мен жағдайларды жою, сондай-ақ ағзаның қоршаған ортаның әртүрлі қолайсыз факторларының әсеріне төзімділігін арттыру болып табылады. Алдын алудың үш түрі бар: біріншілік, екіншілік және үшіншілік [4]. Пародонт ауруларының алдын алу стоматологиялық білім беру, халықтың гигиеналық дағдыларын тәрбиелеу, теңдестірілген тамақтану (тағамның құрамы мен құрылымын ескере отырып) бағдарламасын жүзеге асыруды көздейді. ДДҰ мәліметтері бойынша, жасөспірімдерде пародонт тіндерінің қабыну ауруларының таралуы 80-83% жетеді.

Бұл жаста гингивит жиі кездеседі. Оқушылар арасында эпидемиологиялық зерттеулер жүргізу кезінде гингивит 2 жастағы жасөспірімдердің 77%-у және 15 жастағы жасөспірімдердің 87%–[анықталды [5]. Гингивиттің дамуындағы анықтаушы фактор ауыз қуысының гигиенасының нашарлығы және жалпы және жергілікті иммундық төзімділіктің төмендеуі аясында патогендік қасиеттерді көрсететін микроорганизмдер екені белгілі. Бұл факторлардың әсерін азайтуға гигиеналық шаралар қорғаныс қасиеттерін күшейту шараларымен үйлеседі. Жасөспірімдік кезеңде алдын-алу мақсатында тұлғааралық қатынастардың ерекшеліктерін ескере отырып, топтық сабақтар ұйымдастырылуы керек. Жасөспірім кезінде білім беру бағдарламасы дәрістер мен практикалық оқу сабақтарының циклін және данышпандық дағдыларды қамтуы мүмкін [6]. Ауыз қуысын күтудің қолмен дағдыларын үйрету кезінде жақсы нәтижеге жету үшін жеке тәсіл қажет. 11 жастан 16 жасқа дейінгі балаларда пародонт ауруларының алдын алу:

1) сау тістердің әлеуметтік тұрғыдан маңыздылығын түсіндіріп, ауыз қуысы мен денсаулықтың өзара байланысы, тіс ауыруы мен пародонттың алғашқы белгілерінің пайда болуы (ауыздан шыққан иіс, дәм сезудің бұзылуы) туралы білімді тарату. Зиянды әдеттерден арылыңыз: темекі шегу, алкоголь, денсаулыққа теріс әсер ететін есірткі

2) жергілікті тітіркендіргіш факторларды жою. Бұл кезең кәсіби гигиенаны және тістеу аномалияларын диагностикалауды, жоғарғы және төменгі еріннің, тілдің, ауыз



куысының вестибуласының френулумдарын бекітуді қамтиды. Құрамында фторид бар пасталармен тістерді кәсіби тазалауды жүргізу. Шөгінділерді толығымен алып тастау керек, ауыз қуысында қол құралдарының көмегімен тістерді резеңке шыныаяқтармен және жылтырататын пастасы бар щеткалармен жуу [7].

3) ауыз қуысын санациялау. Бұл кезеңді жүргізу кезінде мойынтіректер аймақтарын қалыптастыруға және шеттері ілулі пломбаларды ауыстыруға ерекше назар аудару керек.

4) патогендік микробтық флораның әсеріне ауыз қуысы мен сілекейдің шырышты қабығының спецификалық және спецификалық емес қорғаныш қасиеттерін күшейту және жергілікті иммундық гомеостазды түзету.

5) микроорганизмдер мен қоршаған орта факторларына әсері. Бастапқыда педиатрмен бірге тамақтану режимін оңтайландыру керек. Әрі қарай құралдар мен препараттарды таңдау керек.

6). Диспансерлік бақылау. Диспансерлік бақылау үшін шақыру айлары бойынша картаны немесе стоматологиялық күнтізбені жүргізу ұсынылады. Ең жақсы нұсқа-6 айда 1 рет тексерулер жүргізу [8].

Тәжірибешінің ең маңызды міндеті-науқастың денсаулығы мен әл-ауқатын сақтау. Стоматологияда бұл, ең алдымен, ауыз қуысы ауруларының алдын алуды білдіреді. Егер алдын-алуға қарамастан, пародонттың тістері мен тіндерінің бұзылуы орын алса, онда бұл периодонтологиялық емдеу тістерді одан әрі емдеуге негіз болады. Кез-келген қалпына келтіру, кішкене пломбадан бастап импланттардағы күрделі көпір құрылымына дейін, қабыну ағымының ұзақтығын жүзеге асыруға болады, әсіресе альвеолярлы процестердің сүйек деструкциясы жұмсақ тіндердің қабыну деструкциясына қосылып, тістердің қозғалғыштығын, тістердің жоғалуына дейін шайнау аппараттарының функционалдық белсенділігінің айтарлықтай зақымдалуын анықтайды. Жергілікті қабыну реакциясы ауырлаған сайын және оның жалпылануы бір мезгілде оның ағзаның жалпы қорғаныс механизмдерінің және бірқатар органдар мен жүйелердің күйіне зиянды әсері күшейетіні тән, яғни, шешімді едәуір қиындататын тұйық тұйық шеңбер қалыптасады [9].

Өркениеттің өркендеуімен және әлеуметтік-экономикалық жағдайлардың өзгеруімен пародонт ауруларының таралуы күрт өсті. Қазіргі уақытта олар жастарда аз кездеседі, ал жас кезінде 40 жастан асқан адамдар тіс жегісіне қарағанда жиі кездеседі. Грудяновтың және Бареренің (1994) мәліметтері бойынша Халықтың 12% пародонт сау, 53% бастапқы қабыну белгілері бар

құбылыстар, 23% - бастапқы деструктивті өзгерістер, ал 12% - ы анықталады орташа және ауыр зақымданулар. 35 жастағы адамдарда бастауыш үлесі бар периодонтальды өзгерістер бір мезгілде 26-15% - ға біртіндеп азаяды.

Қазіргі эпидемиологиялық деректер тек қана емес балалар мен ересектерде пародонт патологиясының айтарлықтай таралуы, және аурудың жиілігіне келесі факторлардың әсері туралы: тіс шөгінділері; ауыз қуысының гигиенасы; сапасыз протездер, ортодонтиялық құрылымдар мен пломбалар; тіс-жақ деформациясы; диета; ерекшеліктері ауыз тыныс алу режимін; дәрілік препараттарды, сондай-ақ өткен және ілеспе аурулар. тірек периодонтальды құрылымдар сау болған кезде ғана қабынған. Қазіргі уақытта пародонттың қабыну аурулары әлемдегі ең көп таралған аурулар. Күн сайын бәрі пайда болады пародонт ауруларының жүйелік денсаулыққа әсері туралы көбірек дәлелдер. Пародонт аурулары бүкіл уақытта пайда болады және дамиды, адам өмірі бойы балалық шақта, жасөспірімдер мен ересектерде кездеседі [10].

Осылайша, қабыну ауруларының жоғары таралуы пародонт ауруы, науқастың тіс-жақ жүйесіндегі елеулі өзгерістер бұл мәселені әлеуметтік және жалпы медициналық етеді, сондықтан, пародонт ауруларының алдын алу денсаулық сақтау жүйесінің негізгі негізі болып табылады.



Пародонт ауруларының біріншілік профилактикасы пародонт тіндерінің бұзылмаған денсаулығын сақтауға, пародонттың патологиялық өзгерістерін тудыруы мүмкін табиғи және әлеуметтік орта факторларының әсерін болдырмауға арналған.

Екіншілік профилактика пародонт ауруларын ерте анықтауға, аурудың асқынуын және оның ықтимал асқынуларын болдырмауға бағытталған.

Үшіншілік профилактика олардың ағымында өршуді болдырмауға, уақытша еңбекке жарамсыздықты азайтуға, функцияны қалпына келтіруге бағытталған. шайнау аппараты.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Плотникова С. Ю. и др. Профилактика заболеваний пародонта у подростков //Actualscience. – 2015. – Т. 1. – №. 5. – С. 37-38.
2. ЖУРБЕНКО В. А., ЖУРАВЛЕВА А. А. Значение профессиональной гигиены полости рта у детей в профилактике стоматологических заболеваний //Наукосфера. – 2021. – №. 3-1. – С. 17-20.
3. Ахмедова М. К. ОСНОВНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ //ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ. – 2024. – Т. 41. – №. 5. – С. 254-260.
4. Горелова А. А., Лиханова С. В., Милехина С. А. Особенности ранней профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта //Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2021. – №. 6-2. – С. 18-22.
5. Микляев С. В., Леонова О. М., Сущенко А. В. Анализ распространенности хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 2. – С. 15-15.
6. Журбенко В. А. Современные представления о профилактике воспалительных заболеваний пародонта //Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №. 70-1. – С. 113-117.
7. Сущенко А. В. и др. Анализ физиотерапевтических процедур при лечении пародонтита у детей подросткового возраста //Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18. – №. 4. – С. 216-217.
8. Цепов Л. М., Цепова Е. Л., Цепов А. Л. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) //Пародонтология. – 2014. – Т. 19. – №. 3. – С. 3-6.
9. Елизова Л. А., Атрушкевич В. Г., Орехова Л. Ю. Новая классификация заболеваний пародонта. Пародонтит //Пародонтология. – 2021. – Т. 26. – №. 1. – С. 80-82.
10. Ипполитов Е. В., Диденко Л. В., Царев В. Н. Особенности морфологии биопленки пародонта при воспалительных заболеваниях десен (хронический катаральный гингивит, хронический пародонтит, кандид-ассоциированный пародонтит) по данным электронной микроскопии //Клиническая лабораторная диагностика. – 2015. – Т. 60. – №. 12. – С. 59-64.



ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ТІС ДЕНСАУЛЫҒЫ

Маратов Ш.С. - Ск-14-23 топ Интерні
Жетекші-Калмаганбетов У.А.

«Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті» мекемесі,
Шымкент, Қазақстан

Түйін: Жүктілік кезінде Стоматологиялық аурудың жоғарылауы әйелдің денесінде болатын өзгерістерге ғана емес, сонымен қатар ауыз қуысының микрофлорасының өзгеруіне, тіс эмальының қышқылдардың әсеріне төзімділігінің төмендеуіне байланысты тістердің қатты тіндерінің нашарлауына байланысты. Жүкті әйелдердегі стоматологиялық аурулардың ерекшеліктеріне, олардың прогрессияға және өрісуге бейімділігіне байланысты профилактикалық стоматологиялық шаралардың рөлі күрт артады.

Кілтті сөздер: жүктілік, профилактика, денсаулық, ауыз қуысы, ауру

Жүкті әйелдердің стоматологиялық денсаулығы көптеген зерттеулердің нысаны болып табылады, өйткені ауыз қуысы ауруларының деңгейі мен құрылымындағы елеулі өзгерістер олардың клиникасының ерекшеліктеріне және олардың дененің жалпы жағдайына әсеріне байланысты үлкен маңызға ие [1].

Жүктілік кезінде, көптеген зерттеушілер атап өткендей, қарқындылық деңгейі артады және тіс кариесінің және пародонт ауруларының таралуы жиі дамыды. Стоматологиялық білім деңгейі төмен болып қалады және әлеуметтік және материалдық деңгеймен, біліммен, стоматологиялық аурулардың алдын алу үшін мотивацияның болмауымен байланысты ауыз қуысының аурулары мен гигиенасы және басқа факторлар [2].

Осы уақытқа дейін кариес пен пародонт ауруларын емдеудің нақты схемалары жоқ жүктілік. Жүкті әйелдердегі негізгі стоматологиялық аурулардың алдын алуға аз көңіл бөлінеді. Сонымен қатар профилактикалық шаралардың тиімділігі күмән тудырмайды[3]. Осыған байланысты жүкті әйелдің денсаулығын сақтауға және нығайтуға, сондай-ақ баланың тіс кариесінің антенатальды алдын алуға мүмкіндік беретін профилактикалық бағдарламаларды әзірлеу үлкен маңызға ие[4].

Жеке деңгейде тіс саулығы – бұл тіс жүйесінің мүшелері мен тіндерінің ұзақ уақыт бойы физиологиялық қызметтерін толық орындау мүмкіндігі. Өртүрлі авторлардың пікірінше, стоматологиялық аурулар халыққа бару құрылымында екінші орынды алады. Жүктілік кезіндегі стоматологиялық көмекке қажеттілік ананың жалпы денсаулығын сақтау үшін ауыз қуысын жоспарлы санитариялау қажеттілігінен туындайды. Жүкті әйелдердің ауыз қуысының санитариясының халықтың басқа ұйымдасқан топтарының жоспарлы санитариясынан айырмашылығы, жүкті әйелдер контингенті жыл сайын толығымен өзгереді, осы себепті ауыз қуысы мен ауыз қуысының санитариясын қажет ететін адамдар саныда өзгереді[5].

Медициналық жұмыстың көлемі аймақтағы стоматологиялық көмектің деңгейі мен сапасына байланысты. Бірақ жүкті әйелдердің ауыз қуысын санитарлық тазартудың жоғары қажеттілігі профилактикалық шаралардың жоқтығын немесе олардың тиімділігінің төмендігін ғана емес, сонымен қатар олардың сақталмауын да көрсетеді. Бұл стоматологиялық ағарту іс-шараларының барлық қолжетімді әдістері мен құралдарын пайдалана отырып, осы салада профилактикалық жұмыстарды жүргізуді қажет деп санаймыз[6].



Ауыз қуысының гигиенасын дұрыс сақтамау, жергілікті тітіркендіргіш факторлардың болуы, ауыз қуысындағы антисанитариялық жағдай, әйелдің жасы мен жүкті болу саны, олардың патологиялық ағымы, күйзеліс жүкті әйелдерде пародонт тіндерінің қабыну ауруларының таралуының артуына әкеледі [7]. Жүктілік кезінде рН-ның қышқылға қарай ығысуы, сондай-ақ сілекейдегі калий иондарының мөлшерінің төмендеуі байқалады. Сілекейдің қышқылдануы кариестің қарқындылығы мен таралуының жоғарылауына және ауыз қуысының гигиеналық жағдайының нашарлауына әкеледі. Жүктіліктің 5% -ы жүктіліктің екінші және үшінші триместрінде жиі пайда болатын пиогендік гранулемалардың дамуымен бірге жүруі мүмкін. Жүктіліктің үшінші триместрінде периодонттағы қабыну өзгерістерінің және қатты пластинкадағы минералды өзгерістердің әсерінен тістердің жалпы қозғалғыштығы дамуы мүмкін. Бұл жағдай кальций деңгейінің төмендеуімен байланысты емес [8].

Жүктілік шырышты қабықтың, соның ішінде ауыз қуысының біріктірілген саңырауқұлақ инфекцияларының пайда болуының фоны болуы мүмкін: акушерлік асқынулары бар жүкті әйелдерде ауыз кандидозымен және қандағы калий мен кальций иондары деңгейінің төмендеуі фонында соматикалық патологиямен ауыз сұйықтығы, тіс кариесінің қарқындылығы және периодонт тінінің жиілігі артады [9].

Бірқатар зерттеушілер тіс жағдайы мен жүкті әйелдердің ағзасындағы гормоналды өзгерістер арасындағы байланысты атап өтеді. Маңызды рөл плацентарлы шыққан эстрогендер мен прогестерон деңгейін жоғарылатады, олар сары денемен үздіксіз өндіріледі. Гормоналды деңгейлердің өзгеруіне байланысты сілекейдің тұтқырлығы артады, бұл тіс бляшқасын бекіту үшін қосымша жағдайлар жасайды, сонымен қатар кейбір микроорганизмдердің, атап айтқанда анаэробты формалардың айқын колонизациясына ықпал етеді [10].

Жүкті әйелдердің жиі кездесетін ауруларының бірі - темір тапшылығы анемиясы. Бұл кезде кариозды тістердің саны көбейеді, тіс эмальының түсінің өзгеруі және патологиялық абразиясы, глоссалгия және стоматалгия, ауыз қуысының шырышты қабығының парестезиясы мен құрғауы, тілдің сопақшаларының атрофиясы байқалады. 31-40 жас аралығындағы артериялық гипертензиясы бар жүкті әйелдерде 18-30 жастағы әйелдермен салыстырғанда пародонт кешенінің айтарлықтай ауыр зақымдануы анықталды. Тіс тіндерінің төмен кариес төзімділігінің қалыптасуына және балада тіс аномалиясының пайда болуына ананың жүктілік кезінде жеткіліксіз тамақтануы әсер етеді. Имплантацияға дейінгі кезеңде және жүктілік кезінде витамин тапшылығы перинаталдық патологияның даму қаупін арттырады және әртүрлі аурулардың ұзақ және қайталанатын ағымына ықпал етеді.

Жүктілік кезінде кальций организмде қайта бөлінеді және фосфор-кальций гомеостазының өзгеруінің алғышарттары жасалады, бұл жүкті әйелдің тістерінің қатты тіндеріне төзімділіктің төмендеуіне әкеледі, өйткені мұндай бейімделу механизмдері жетілмеген. Жалпы әсер ету факторы жүктілік сияқты. Бірақ бұл дамып келе жатқан ұрықтың тіс эмальынан кальцийдің бөлінуіне қатысты емес, оны ескі әдебиеттерде түсіндіру әдеттегідей. Қазіргі дәлелдер жүктілік кезінде ауыз сұйықтығындағы кальцийдің жоғарылауын көрсетеді [11].

Антенатальды кезеңде баланың витаминдер мен минералдарды жеткіліксіз қабылдауы тіс-жақ жүйесінің дұрыс жұмыс істемеуіне, атап айтқанда эмаль гипоплазиясының дамуына әкелуі мүмкін [11].

Кейбір авторлар жүктілік қайталама иммун тапшылығы жағдайларымен байланысты және ауыз қуысының жергілікті иммунитет жүйесіндегі сандық және функционалдық өзгерістермен сипатталады деп санайды, бірақ бұл қайтымды.



Сонымен, жүктіліктің физиологиялық және асқынған ағымы бар әйелдердің сілекейінде секреторлық иммуноглобулин А (SIgA) концентрациясының сенімді жоғарылауы анықталды [11,12].

Ауыз қуысындағы созылмалы инфекциялық ошақтар, периодонтальды қалталар, апикальды периодонтит, микробтық бляшка микроорганизмдердің таралуының гематогендік көзі бола алады, өйткені олар ену үшін "қақпа" ғана емес, сонымен қатар ұзақ патологиялық рефлекстің көзі болып табылады. денедегі тітіркену [13]. Жүйке орталықтарының үнемі тітіркенуі, ағзаның созылмалы интоксикациясы және аллергиясы-ауыз қуысының созылмалы қабынуы аясында жүктіліктің барлық кезеңінде асқынулардың дамуын тудыратын негізгі факторлар.

Жүктілік кезіндегі стоматологиялық аурулардың құрылымына әсер ететін факторларға мыналар жатады: демографиялық, әлеуметтік критерийлер, жас, білім деңгейі, кәсіптік тиесілігі, жаман әдеттердің болуы (соның ішінде ауыз қуысының гигиенасын сақтамау), ана жүктілік кезінде тұтынатын ауыз судағы фтордың төмен мөлшері [14]. Жүкті әйелдер арасында стоматологиялық хабардарлықтың төмен деңгейі, стоматологиялық аурулардың алдын алу және ауыз қуысының гигиенасын сақтау үшін мотивацияның болмауы кең таралған. Осылайша, әйелдердің көпшілігі ауыз қуысын күтудің негізгі ережелерін біледі, бірақ іс жүзінде респонденттердің тек 65% - ы ғана сақтайды. Жүкті әйелдер ауыз қуысының қосымша гигиенасы туралы жақсы білмейді. Жүкті әйелдердің тек 50% - ы жіп туралы біледі, бірақ оны ешкім қолданбайды. Стоматологиялық эликсирлер мен гелдерді қолдану туралы мәліметтер ұқсас.

Жүкті әйелдердегі тіс кариесі мен пародонт ауруларының алдын-алу екі мақсатты көздейді: әйелдің стоматологиялық жағдайын жақсарту және Балалардың тіс кариесінің антенатальды алдын-алу.

Жүктілік кезіндегі стоматологиялық аурулардың алдын алу шаралары стоматологиялық аурулардың ауырлығы мен жүктіліктің барысын ескере отырып ұйымдастырылуы керек. Жүктілік кезіндегі ананың денсаулығы баланың тістерінің дамуына әсер етеді, әсіресе 6-7-ші аптада, тіс салу процесі басталған кезде. Стоматологиялық примордияларды зерттеу жүктіліктің патологиялық ағымында ұрықтың тіс эмальының минералдануы баяулайтынын және көбінесе бастапқы кальцийлену кезеңінде тоқтатылатындығын көрсетті. Босанғаннан кейінгі кезеңде мұндай тістердің минералдануы жақсарғанымен, уақытша тістердің кальцийленуінің қалыпты деңгейіне жетпейді.

Жүктіліктің ерте кезеңінде ауыз қуысының қанағаттанарлықсыз гигиеналық жағдайы мен ауыз сұйықтығының құрамындағы иовысулар аясында тістердің және периодонттың қатты тіндерінің жағдайы нашарлайды. Бұл жүктіліктің барлық кезеңінде алдын-алу шараларын жүргізу қажеттілігін тудырады. Әйелдерге дұрыс жұмыс және демалыс режимін, дұрыс тамақтануды, витаминдік терапияны қамтитын жалпы профилактикалық шаралар кешенін орындау ұсынылады. 8-9 сағатқа дейін толық ұйықтау, таза ауада болу, дозаланған физикалық белсенділікпен бірге денеге оттегінің түсуіне ықпал етеді. Тамақтану дәрумендер мен микроэлементтердің қажетті мөлшерімен әр түрлі болуы керек. Максималды нәтижеге қол жеткізу үшін жүктіліктің барлық кезеңінде әйелдерді диспансерлеу және гинеколог пен стоматологтың жұмысын үйлестіру қажет, оған әйел консультациясына бірінші рет барған кезде әйел жіберілуі керек[15].

Осылайша, тіс дәрігерінің тактикасы ауыз қуысының жағдайын бағалау, алдын алу шараларын жүргізу, бар ауруларды емдеу және асқынулардың дамуын болдырмау үшін жүктілік кезінде әйелді тұрақты бақылауды қамтиды. Сондай-ақ, болашақ ана мен оның баласының денсаулығын сақтауда ең жақсы нәтижелерге қол жеткізу үшін гинекологтармен өзара әрекеттесу маңызды.



ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Журавлева А. А. Стоматологическая профилактика беременных // Молодежная наука и современность. – 2020. – С. 210-212.
2. Недельская Л. А. и др. Оценка состояния полости рта у беременных // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – №. 5-3. – С. 99-101.
3. Сланова М. К., Цагараева Т. Г., Хетагуров С. К. Беременность-критический период для стоматологического здоровья женщины // Авиценна. – 2020. – №. 71. – С. 25-26.
4. Лукашевич И. К., Горбунова И. Л. Оптимизация процесса профилактики кариеса зубов у женщин в период беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 2. – С. 104-104.
5. Епифанова Ю. В. и др. РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ // Здравоохранение Чувашии. – 2022. – №. 2. – С. 103-115.
6. Денисенко Л. Н., Деревянченко С. П., Колесова Т. В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2012. – Т. 14. – №. 2. – С. 147.
7. Бахмудов Б. Р., Бахмудов М. Б., Алиева З. Б. Изучение информированности беременных женщин о стоматологическом здоровье и методах обеспечения гигиены полости рта // Клиническая стоматология. – 2009. – №. 1. – С. 78-81.
8. Успенская О. А. и др. Стоматология беременных. – 2017.
9. Зойиров Т. Э., Содикова Ш. А. Стоматологическое здоровье беременных женщин (обзор литературы) // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 22-3 (100). – С. 44-52.
10. Флейшер Г. М. Стоматологическое просвещение у беременных // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2006. – Т. 5. – №. 3-4. – С. 28-32.
11. Манак Т. Н., Шилова С. Д., Макарова О. В. Современные подходы к оказанию стоматологической помощи беременным женщинам // Современная стоматология. – 2017. – №. 4 (69). – С. 13-15.
12. Алиева З. Б., Бахмудов М. Б., Бахмудов Б. Р. Роль стоматологического просвещения в повышении эффективности санации полости рта у беременных женщин // Российский стоматологический журнал. – 2010. – №. 4. – С. 41-44.
13. Жаркова О. А. Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 94-101.
14. Косенко И. Б. Стоматологическая заболеваемость беременных: результаты социологического исследования и медицинского осмотра // Вестник медицинского стоматологического института. – 2011. – №. 2. – С. 6-8.
15. Микляев С. В., Микляева И. А. Оценка стоматологического статуса беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2020. – №. 3 (75). – С. 166-169.



СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Хайдаров Масуд - СО-17-23 топ интерні
Жетекші-Кулмаханбетова А. М.

«Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті» мекемесі,
Шымкент, Қазақстан

Түйін: Тіс - адам ағзасының маңызды бөлігі. Ас қорыту шайнаудан басталады. Тісіміз сау болмаса, біз жақсы шайнай алмаймыз. Бұл, өз кезегінде, асқазанда тағамның нашар қорытылуына және асқазан-ішек жолдарының жұмысының бұзылуына әкеледі. Қуыс тістері ауыз қуысында әртүрлі инфекциялардың пайда болуын және олардың қанға сіңуін тудырады.

Кілтті сөздер: кариес, ауру, тіс, шайнау, ауыз қуысы

Тіс кариесінің және пародонт ауруларының алдын-алу осы аурулардың себептері, олардың дамуына ықпал ететін факторлар туралы нақты түсінікті қажет етеді. Көптеген әдебиеттер бляшка тіс кариесінің дамуының себептерінің бірі екенін көрсетеді [1]. Кариестің бастапқы зақымдануы бляшкалардың жиналуы үшін қолайлы жағдайлар жасалған жерлерде пайда болады (шұңқырлар мен жарықтар, жақын беттерде және мойын аймағында). Ауыз қуысының кариогендік микрофлорасы кариестің пайда болуының этиологиялық факторы ретінде қызмет етеді. Мұндай микрофлора пайда болып, кариестің дамуы басталуы үшін белгілі бір жағдайлардың болуы қажет, бұл жағдайлар оңай ашытылатын көмірсуларды қабылдау сияқты факторларға айналуы мүмкін, соның арқасында тіс бляшкасы пайда болады. Кариес минералсыздандыру процесі реминерализациядан басым болған жағдайда пайда болады. Бұл жағдайда тіс эмальының төзімділігі төмен болған кезде тіс жегісі дамуы мүмкін [2]. Ауыз қуысы-тұрақты микрофлораны құрайтын әртүрлі микроорганизмдер үшін бірегей экожүйе. Бай қоректік орта; тұрақты ылғалдылық, оңтайлы рН және температура әр түрлі микроорганизмдердің адгезиясына, колонизациясына және көбеюіне және соның салдарынан әртүрлі стоматологиялық аурулардың дамуына қолайлы жағдай жасайды [3]. Сондықтан олардың алдын-алудың ең тиімді және қарапайым және қол жетімді шараларының бірі-дұрыс және тиімді стоматологиялық күтім. Бұл ретте профилактикалық іс-шараларды жүргізу ауызша гигиена жағдайына әсер ететін барлық факторларды ескеретін жеке тәсілді талап етеді [4].

Алайда, халықтың тек 9,27%- ы күніне 1-ден астам рет тістерін жуады, ал халықтың 11,3% - вообще ауыз қуысының күтімі мүлдем жоқ. Алайда пациенттер тіс тазалауды жеке ауыз қуысының гигиенасы үшін негізгі құралдармен дұрыс жүргізбейді, сондықтан бұл әдістің қол жетімділігі мен тиімділігіне қарамастан бляшканы толық механикалық жою жүргізілмейді. Бұл көп жағдайда ата-аналардың балаларға қарапайым дағдылар мен жеке гигиена ережелерін үйретпеуіне байланысты. Ауыз қуысының гигиенасына деген көзқарастың қалыптасуының тағы бір себебі-білім деңгейі, әлеуметтік жағдайлар [5]. Халық және ауыз қуысының гигиенасы туралы түсінік жоқ негізгі профилактикалық және емдік әсері [6]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтері бойынша, кариес пен пародонтит жаһандық проблема болып табылады — стоматологтар кариеспен ауыратын миллиардтаған тістерді және оның салдарын емдеуді қамтамасыз ете алмайды. Профилактика денсаулық сақтау тиімділігінің негізі болып табылады, мұнда ең аз еңбек пен қаражат максималды нәтиже [7].

Белгілі этиологияның ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының алдын-алу олардың пайда болу себептерін жоюдан тұрады. Сонымен, ауыз қуысының шырышты қабығында пайда болатын жұқпалы аурулардың алдын алу үшін (мерез және т.б.) инфекцияның ағзаға енуіне жол бермейтін шаралар қажет.

Түсініксіз этиологияның ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының алдын алу қауіп факторларының әсер ету күшін жоюға немесе азайтуға, ағзаның төзімділігін арттыруға бағытталған шараларды жүзеге асырудан тұрады. Ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының спецификалық емес алдын алу үшін сауықтыру шаралары, соның ішінде жүйелі гигиена және ауыз қуысының сонациясы маңызды [8].



Алдын алу шараларына ауруларды ерте анықтау және науқастарды уақтылы емдеу кіреді. Ауыз қуысының қатерлі ісігінің алдын алудың ең тиімді шараларының бірі созылмалы шырышты аурулар анықталған жағдайда диспансерлік бақылаумен мерзімді профилактикалық тексерулер болып табылады.

Әр түрлі стоматологиялық аурулардың гигиенасы мен алдын-алудың ажырамас бөлігі ауыз қуысының жеке гигиенасы болып табылады, ол пациенттің тіс пен қызыл иектің беттерінен тіс шөгінділерін әр түрлі құралдармен мұқият және үнемі алып тастауды қамтиды [8]. Тістерді тазарту сапасы, демек, профилактикалық шаралардың тиімділігі көбінесе қолданылатын әдістер мен гигиена құралдарына байланысты [9].

Ауыз қуысының жеке гигиенасының негізгі құралдары: тіс пасталары, гельдер, тіс ұнтақтары; тіс щеткалары.

Тіс щеткасын таңдау бойынша ұсыныстар. Қылшықтар тым жұмсақ немесе тым қатты болмауы керек. Қазіргі уақытта өндірушілердің көпшілігі щеткаларды өте жұмсақтан супер қаттыға дейінгі бес санатта ұсынады. Орташа қылшықты тіс щеткасы әмбебап және ересектердің көпшілігіне сәйкес келеді. Бір жағынан ол тістерін тиімді тазартады, ал екінші жағынан қызыл иекті тітіркендірмейді. Тіс щеткасын үш-төрт айда бір рет өзгерту ұсынылады [10]. Тіс пастасын таңдағанда, маңызды аспект-бұл тіс ауруларының, атап айтқанда кариес пен пародонт ауруының дамуына жол бермейтін композиция. Тістердің ақтығы үшін үнемі щеткамен тазарту әлдеқайда тиімді ауыз қуысының гигиенасына арналған қосымша құралдар: флосса (тіс жіпі), тіс тазалағыштар; ирригаторлар (гидромассажерлер) тіс аралық стимуляторлар тілді тазартуға арналған құралдар: қырғыштар, қырғыш щеткалар; ауыз қуысын шайғыштар, тіс ағартқыштар; тіс протездерін өндеуге арналған ұнтақтар [11].

Тістердің белгілі бір беттерін тазарту үшін қолданылатын жіптер.

Бұл жіптер жасанды талшықтардан немесе көбіктен жасалған. Жіптің ұзындығы 30-40 см. жіптер ортаңғы саусақтарға оралып, оң саусағыңызбен және сол қолыңыздың сұқ саусағымен тартылады. Созылған күйде жіп тіс аралық кеңістікке енгізіледі, тістің жанасу беттеріне басылады және өндіріледі. Алдыңғы немесе төменгі жоғарғы бағытта 6-7 қозғалыс. Жіпті онсыз алға жылжыту керексағызға зақым келтірмеу үшін көп күш жұмсаңыз. 2% фтор ерітіндісімен сіңдірілген жіптер натрий, кариестің алдын алу үшін тістердің бүйір беттерін өндеу үшін қолданылады. Тіс жіптерін қолдану алгоритмі:

- 30 см жіпті алыңыз, ортаңғы саусақтарыңызға орап, бас бармағыңызбен тартыңыз оң және сұқ сол қол;
- тістің бүйір бетіне басып, жіпті тіс аралық кеңістікке енгізіңіз;
- алдыңғы және төменгі жоғарғы позицияларда 6-7 қозғалысты орындаңыз;
- бұл процедураны басқа тістер аралықтарында қайталаңыз;

Тіс тазалағыштар. Олар гингивальды борозды, тіс аралықтарын тазарту үшін қолданылады және тістердің жанасу беттері. Олар ағаш немесе пластик болуы мүмкін, тегіс, үшбұрышты және дөңгелек. Тіс тазалағыш айна алдында қолданылады.

Ирригаторлар (гидромассажерлер). Олар тамақ қалдықтарын кетіру және массаж жасау үшін қолданылады

Сағыз. Пайда болу қаупі факторлары болған кезде пародонт ауруларының профилактикалық мақсатта ұсынылады. Тістерді тазалағаннан кейін 5-7 минут ішінде күніне 2-3 рет жасауға болады [12]. Тіс аралық стимуляторлар (резеңке және пластмасса тіс аралықтарын қосымша тазарту және қызыл иекке массаж жасау үшін қолданылады. Бұл гигиеналық құрал-бұл тістердің арасына еркін енетін конус тәрізді проекциямен аяқталатын пішінді бастар;

Тіс эликсирлері. Тіс эликсирлері-құрамында антисептикалық, дезодорант, тұтқыр заттар бар су-алкоголь ерітінділері.

Ауыз қуысы ауруларының алдын алудың маңызды және міндетті компоненті - жеке гигиена және кәсіби гигиена. Ауыз қуысының кәсіби гигиенасы-тіс дәрігері (гигиенист) жүргізетін, кариес пен пародонт ауруларының дамуын болдырмауға бағытталған және тістерді кәсіби тазалауды, бақыланатын жеке ауыз қуысының гигиенасын (гигиеналық жағдайды



бағалау) қамтитын тұрақты іс-шаралар кешені ауыз қуысы, профилактикалық рәсімдерді сақтау мотивациясын құра отырып, стоматологиялық ағарту, ауыз қуысы гигиенасының жеке әдістері мен құралдарын таңдау, гигиеналық іс-шаралардың тиімділігін бақылау, қолдану минералдандыратын қосылыстар мен тістердің сезімталдығын төмендететін құралдар, жарықшақтардың тығыздалуы[12]. Күнделікті клиникалық тәжірибеде электромеханикалық әдіс тістерді кәсіби тазарту үшін кеңінен қолданылады. Тіс шөгінділерін кетірудің негізгі құралдары дәстүрлі түрде ультрадыбыстық аппараттар мен дыбыстық скейлерлер болып саналады. Олар тіс шөгінділерін тиімді түрде жояды, бірақ емдеу аяқталғаннан кейін олар тістің тегіс бетін алуға мүмкіндік бермейді. Тіс бетіндегі шөгінділерді алып тастағаннан кейін "тіс" бляшкасының пайда болуы қайтадан басталады. Сондықтан, тіс шөгінділерін алып тастағаннан кейін, тістің қатты тіндерінің бетін тегістеу және жылтырату қажет[13]. Алдын алудың негізгі міндеттері аурулардың пайда болу және даму себептері мен жағдайларын жою, сондай-ақ ағзаның қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсеріне төзімділігін арттыру болып табылады. Стоматологиялық аурулардың жеке профилактикасының негізгі мақсаты гигиеналық процедуралардың рөлі мен маңыздылығын түсіну, стоматологиялық білім деңгейін арттыру, тіс денсаулығын сақтау мотивациясын дамыту арқылы халықты сауықтыру болып табылады [14]. Стоматологиялық аурулардың жеке профилактикасының негізгі міндеттерінің бірі елдің барлық популяциялары үшін шектеусіз және қосымша ұсыныстарсыз белгілі жалпы қабылданған шараларды ілгерілету емес, профилактика жүйесін жетілдіру арқылы ел халқын сауықтыру болып табылады. Осылайша, көптеген ғылыми әдебиеттерді талдай отырып, біз ауыз қуысының гигиенасы стоматологиялық аурулардың алдын алуда маңызды компонент деп қорытынды жасауға болады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Никонова А. В. и др. Профилактика стоматологических заболеваний //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – №. 11-5. – С. 82-84.
2. Разумова С. Н. и др. Современные методы профилактики стоматологических заболеваний //Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 3. – №. 24. – С. 69-70.
3. Кисельникова Л. П., Попова Н. С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных //Институт стоматологии. –2011. –№.1. С.86-87.
4. Флейшер Г. Профилактика стоматологических заболеваний. – Litres, 2022.
5. Добровольская П. Э., Ковалёва А. С. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе //Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №. 11-6. – С. 840-847.
6. Солдатов Л. Н., Зуйкова М. А., Иорданишвили А. К. Социальный аспект профилактики стоматологических заболеваний у детей//Российская стоматология. –2019. –Т.12.–№.2.–С.31-36.
7. Борисенко Л. Г. Профилактика стоматологических заболеваний на этапе первичной медико-санитарной помощи. – 2020.
8. Сидельникова Л. Ф. и др. Эффективная гигиена полости рта–важный этап профилактики стоматологических заболеваний //Современная стоматология. – 2014. – №. 1. – С. 66-69.
9. Сафарова М. С., Камалова Ф. Р. Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 25 (150). – С. 14-20.
10. Артеменко Г. В. и др. Профилактика стоматологических заболеваний в г. Усолье-Сибирское //Acta Biomedica Scientifica. – 2005. – №. 1. – С. 193-196.
11. Гажва С. И., Надейкина О. С., Горячева Т. П. Реализация приоритета профилактики стоматологических заболеваний. Форма и методы //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 6. – С. 1132-1132.
12. Иощенко Е. С. и др. Профилактика стоматологических заболеваний. – 2022.
13. Добровольский П., Гарвалинский С. Профилактика стоматологических заболеваний-будущее стоматологии //Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 50-54.
14. Васильев В. И. Профилактика стоматологических заболеваний. – 2020.



СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Аманқос Олжас СК-09-23 тобының интерні
Жетекшісі -Қамшыбаева Н.А.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Шымкент, Қазақстан

Түйін: Ұлттың денсаулығын сақтау және нығайту көбінесе әр адамның денсаулығына деген көзқарасымен анықталады. Қазіргі Қазақстандағы жастар саясатының негізгі бағыттарының бірі салауатты өмір салтына жеке және қоғамдық басымдық ретінде көзқарасты қалыптастыру, өз денсаулығына жауапкершілікпен қарауды насихаттау болып табылады.

Кілтті сөздер: жастар, қоғам, насихаттау, денсаулық, бағыт

Өзектілігі: Қазақстан халқының денсаулық жағдайының жағымсыз тенденциялары соңғы жылдардағы мемлекеттік баяндамаларда үнемі байқалады. Салауатты өмір салты психикалық және физикалық денсаулықты сақтауға және сақтауға, дененің бейімделу қабілетін арттыруға мүмкіндік береді. Бұған жеке және қоғамдық денсаулықты барынша арттыра алатын белсенді адам өмірінің әдістері жатады. Осыған байланысты салауатты өмір салты адамның өмір салтының сапалы аспектісін білдіреді. Бүгінгі таңда адам өмірінің әртүрлі аспектілеріне байланысты тәуекелдердің айтарлықтай өсуі байқалады. Экологиялық, саяси және психологиялық сипаттағы қауіптер артуда. Әлеуметтік өмірде айтарлықтай күрделілік бар. Мұның бәрі адам денсаулығына өте жағымсыз әсер етеді.

Сондықтан адамның денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған мінез-құлық қазіргі заманғы өмір салтының негізі болуы керек. Адамның алдында тұрған қиындықтарға төтеп бере алуы үшін денсаулық жеке қажеттіліктер иерархиясының жоғарғы деңгейін алуы керек[1]. Балалардың, жасөспірімдердің және Жастардың денсаулық жағдайы алаңдаушылық туғызады, әсіресе студент жастардың денсаулығы мәселесі өзекті болып табылады. Студенттер халықтың ең аз әлеуметтік қорғалатын топтарының қатарына жатады, ал оқу процесінің ерекшелігі мен жас ерекшеліктері олардың денесінің барлық дерлік мүшелері мен жүйелеріне жоғары талаптар қояды. Студент жастардың денсаулығына арналған ғылыми әдебиеттерді талдау университетте оқу кезінде студенттердің денсаулығы жақсарып қана қоймай, кейбір жағдайларда нашарлайтынын көрсетеді [2]. Көптеген авторлардың пікірінше, студенттердің өздері денсаулығын нығайту үшін іс жүзінде ешқандай шара қолданбайды, дегенмен құндылықтар рейтингінде денсаулықты білімнен кейінгі екінші орынға қояды, денсаулықтың жоғары деңгейі еңбек нарығында бәсекелестік артықшылықтар беретінін толық түсінеді [3]. Көптеген авторлар пікірінше оқытудың екінші курсына қарай ауру жағдайларының саны 23% – ға, ал төртіншісіне-43% - ға артады. Дене шынықтыру жаттығуларына арналған денсаулық топтарын анықтаған кезде студенттердің төрттен бірі төменгі медициналық топқа ауысады. Денсаулық жағдайы бойынша арнайы медициналық топқа жатқызылған оқушылар мен студенттер саны жыл сайын артып келеді. Функционалдық жағдайды талдау студенттердің денсаулық жағдайы келесі көрсеткіштермен сипатталатынын анықтады: жоғары денсаулық деңгейі – 1,8%; орташа – 7,7%; төмен – 21,5%; өте төмен – 69% [4]. В. Д. Кряжевтің пікірінше, бүгінгі таңда психосоматикалық Денсаулық оқу және еңбек қызметінің сәттілігіне, отбасы мен ұжымдағы қарым-қатынасқа, адамның көңіл-күйі мен өміршеңдігінің тұрақтылығына әсер етеді [4]. Әлемдегі қаржылық қайшылықтардың шиеленісуімен, Денсаулық сақтау мекемелерін кадрлармен қамтамасыз етудің кемшіліктерімен сипатталатын қазіргі кезеңде студенттердің денсаулығын нығайту мәселесі мемлекет пен қоғам үшін өте өзекті болып табылады. Қоғамның бір бөлігі бола



отырып, студенттер қазіргі экономикалық жағдайға байланысты қолайсыз факторлар кешеніне толығымен ұшырайды көптеген студенттер әдеттегі үй ортасынан кетуге мәжбүр болады, жатақханада тұра бастайды немесе бөлмені жалға алады, бұл өмір салтына айтарлықтай әсер етеді, жаңа өмір жағдайларына бейімделуді талап етеді. Көптеген авторлар қазіргі заманғы оқу процесінің өте жоғары қарқындылығына назар аударады, онда студенттер физикалық белсенділіктің төмендеуімен және салауатты өмір салтына қалыптасқан міндеттеменің болмауымен бірге болатын оқу жүктемесінің айтарлықтай өсуін сезінеді [5]. Бұл факторлар студенттердің физикалық және психикалық денсаулығына теріс әсер етеді. Академик Ю. П. Лисицын өткен ғасырдың соңында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының сарапшыларының мақұлдауына және мойындауына ие болған денсаулықтың әлеуметтік кондиционерлеу моделін ғылыми негіздеді. Осы модельге сәйкес халықтың денсаулық деңгейі 50% - дан астамы өмір салты мен өмір сүру жағдайларына байланысты; әрқайсысы 15-20% тұқым қуалайтын факторлар мен қоршаған ортаның жай-күйін алады, ал шамамен 10-15% Денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінің жұмысына тиесілі [6,7]. Медицина студенттері отандық денсаулық сақтаудың негізгі кадрлық резервін білдіреді, сондықтан медициналық университеттегі дене тәрбиесінің негізгі міндеті ұзақ уақыт бойы жұмыс қабілеттілігі мен белсенді өмірлік ұстанымын сақтай алатын физикалық сау мамандарды даярлау болып табылады. ЖОО-дағы дене тәрбиесі білім берудің ажырамас бөлігі болып табылады. Олардың дене дайындығы мен денсаулығының деңгейі, сондай-ақ жоғары оқу орындарын бітіргеннен кейін дене шынықтыруға деген көзқарасы студенттермен сабақтарды ұйымдастыру және өткізу сапасына байланысты. Студенттердің дене тәрбиесіндегі істердің нақты жай-күйін талдау бұл процестің тиімділігі қалағаннан алыс деп санауға негіз береді [8,9]. Сонымен, көптеген жоғары оқу орындарының үшінші төртінші курс студенттері арасында студенттердің шамамен 10-20 % темекі шегеді. Сонымен қатар, студенттердің шамамен 50% - ы темекі шегудің денсаулыққа кері әсерін біледі. Темекі шегу мен алкогольді ішудің себептері ретінде студенттер "қарым-қатынасты жеңілдету" деп атайды. Белгілі бір дәрежеде бұл мотив жігерлендіреді, өйткені тиісті жағдайлар мен түсіндіру жұмыстары кезінде студенттердің басым көпшілігі денсаулыққа зиянды әсерлермен оңай бөлісе алады, әсіресе тұрақты әдет ретінде темекі шегу мен алкогольді тұтыну тұтынушылардың 18-19% - ы ғана қалыптасады, егер бұл зиянды факторлардың ағзаға ұзақ уақыт әсер етсе [10,11].

Зерттеудің мақсаты: жоғары оқу орнына дейінгі, жоғары оқу орнына дейінгі және жоғары оқу орнынан кейінгі дайындық кезеңдерінде болашақ медицина мамандарының салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша профилактикалық бағдарламаларды, құралдар мен ұсыныстарды әзірлеу болды. Бүгінгі таңда медициналық университетте студент жастардың салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін көп нәрсе жасалуда. Осы тақырып бойынша профилактикалық бағдарламалар дене тәрбиесі, гигиена, психология, әлеуметтану, наркология кафедраларының жетекші оқытушыларының және басқа мамандардың қатысуымен әзірленеді.

Зерттеу әдісі: студенттермен салауатты өмір салтын қалыптастыру атты сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға жалпы 120 студент қатысты.

Нәтижелер және оларды талқылау: студенттік өмірдің қолайсыз факторлары арасында, жоғарыда айтылғандардан басқа, студенттер сауалнамаға қатысқан студенттердің 45,7% - ы көрсеткен ұжымдағы күрделі микроклиматпен байланысты болуы мүмкін айқын жалғыздық сезімін (71,5%) атады. Студенттердің 50% - дан астамы алдағы еңбек қызметінен туындаған мазасыздықтың жоғары деңгейін көрсетті. Студенттердің шамамен 15% - ы оқуды бітіргеннен кейін мамандар ретінде сұранысқа ие болатынына сенімді емес. Созылмалы стрессті жеңілдету, жоғарыда аталған факторларға байланысты мазасыздықты басу үшін жастар "алкогольді қабылдау" (10%), "темекі шегу" (15%), стрессті жеңілдетеді деп оңай жүгінеді. Сонымен қатар, сауалнамаға қатысқандардың көпшілігі студенттер тұтынатын алкогольдік сусындар құрылымында бірінші орын алатын сыраның абсолютті зиянсыздығына сенімді. Студенттердің денсаулығын өзін-өзі бағалау бойынша зерттеулер денсаулық жағдайы мен өмір сүру деңгейінің байланысын анықтады. Өмір сүру деңгейін бағалау неғұрлым жоғары болса, өз денсаулығыңыздың өзін-өзі бағалауы соғұрлым жақсы болады. Жеке тұрғын үйі бар



және өмір сүру жағдайларын жақсы деп бағалайтын студенттер өздерін сау деп санайды (68,9%). Жатақханада тұратын студенттер арасында өздерін 1,5 есе аз деп санайды. Студенттердің пікірінше, денсаулыққа кері әсер ететін негізгі фактор-бұл оқу жүктемесінің жоғары қарқындылығымен және оқумен қатар жұмыс істеу қажеттілігімен байланысты үнемі шамадан тыс жұмыс. Екінші орында-қанағаттанарлықсыз тұрғын үй жағдайлары, содан кейін: өз денсаулығына немқұрайлы және немқұрайлы қарау, отбасындағы проблемалар, теңгерімсіз тамақтану, жаман әдеттер. Педагогикалық эксперимент салауатты өмір салты бағдарламасы бойынша сабақтар өтілінің ұлғаюына қарай жүрек қан тамыр жүйесінің функционалдық жай-күйінің жоғары деңгейі бар бақылау тобының адамдарының саны: 60-тан 82% - ға дейін (тиісінше сабақ өтілі 1 жылға, 3 жылға дейін және одан да көп) өсетінін растады. Педагогикалық эксперимент тобында алынған мәліметтер 5-ші курстың соңына қарай ағзаның функционалдық күйінің сипаттамалары 17,2% - ға жақсарғанын көрсетеді ал бастапқы деңгеймен салыстырғанда-17,9% - ға салыстыру тобында респонденттердің когнитивті психикалық функцияларының статистикалық маңызды төмендеуі анықталды, ал соңында-тест деректерінің одан әрі нашарлауын көрсетті

Қорытынды. Қолданыстағы білім беру жүйесі жан-жақты болуы керек және Студент жастардың денсаулығына әсер ететін биологиялық, психофизикалық, экономикалық, экологиялық факторларды, сондай-ақ әлеуметтік жағдайларды ескеруі керек. Қазіргі әлеуметтік-экономикалық жағдайда студенттердің денсаулығын сипаттайтын көрсеткіштердің теріс тенденцияларына байланысты медициналық университетте Оқу процесінде жастар арасында салауатты өмір салтына көзқарасты қалыптастыру қажет.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Гостева С. Р., Гришина Т. С. Формирование здорового образа жизни //Актуальные проблемы и перспективы развития транспорта, промышленности и экономики России (ТрансПромЭк 2020). – 2020. – №. 4. – С. 12-15.
2. Чукаева И. И. и др. Основы формирования здорового образа жизни. – 2016.
3. Татарова С. Ю. Рекреативные технологии формирования здорового образа жизни студенческой молодежи. – 2015.
4. Музалева О. В., Кряжев Д. А., Зеленина Л. В. Субъективная оценка состояния здоровья и отношение к здоровому образу жизни студентов-медиков //СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ. – 2018. – С. 136-142.
5. Халеева В. В., Болотова О. В., Иванисова М. Н. Формирование здорового образа жизни //Современные образовательные ценности и обновление со. – 2020. – С. 369.
6. Петрова Т. Э., Каравашкин А. А. Проблемы формирования здорового образа жизни молодежи //Интеграция образования. – 2005. – №. 4. – С. 150-154.
7. Антоненко М. Н., Соловьева Р. О. Формирование здорового образа жизни у студентов //Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2019. – Т. 4. – №. 1. – С. 30-34.
8. Глыбочко П. В., Бугаева И. О., Еругина М. В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. – №. 1. – С. 9-11.
9. Завьялов А. Е. Проблемы формирования здорового образа жизни в среде молодежи //Системная психология и социология. – 2015. – №. 1 (13). – С. 104-110.
10. Пермяков О. М. Проблема формирования здорового образа жизни студентов в процессе обучения //Проблемы качества физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций. – 2016. – С. 108-111.
11. Каратаева Т. Ю., Резник Н. А. Формирование здорового образа жизни у студентов вуза в процессе физической культуры //Здоровьесберегающее образование–залог безопасной жизнедеятельности моло-дежи: проблемы и пути решения: матер. XII Междун. науч.-практ. конф., г. Челябинск. – 2022. – С. 129.



БАЛАЛАРДАҒЫ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Тұрсынхан Айтжан СК-012-23 топ интерні

Жетекші-Мухамбетов М.А.

«Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті» мекемесі,
Шымкент, Қазақстан

Түйін: Балалық шақтағы тіс ауруларының алдын алу-болашақта тістердің дұрыс дамуы мен денсаулығының кепілі. 70% жағдайда стоматологиялық аурулардың себебі тіндердің инфекциялық зақымдануы болып табылады. Инфекцияның дамуы, өз кезегінде, негізінен сапасыз гигиенаның салдарынан болады. Ауыз қуысы микробтардың тіршілік ету ортасы мен көбеюі үшін өте қолайлы, сондықтан егер олар жойылмаса, микроорганизмдер шырышты, эмаль мен қызыл иекке жинала бастайды, біртіндеп оларға әсер етіп, терең енеді. Ауыз қуысы микробтардың тіршілік ету ортасы мен көбеюі үшін өте қолайлы, сондықтан егер олар жойылмаса, микроорганизмдер шырышты, эмаль мен қызыл иекке жинала бастайды, біртіндеп оларға әсер етіп, терең енеді.

Кілтті сөздер: балалық шақ, мал, инфекция, профилактика

Ауыз қуысы-қабыну процестерінің, стоматиттің даму қаупі жоғары орта болып саналады. Бұл жиі жарақаттануға, қоршаған ортамен байланысқа және микроорганизмдердің жоғары ұрықтануына байланысты болады.

Шырышты аурулардың алдын алудың өзектілігі ауыз қуысының қабығы осы патологияның жоғары таралуына байланысты [1]. Ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының бастапқы және қайталама профилактикалары бар. Бастапқы профилактика деп аурулардың пайда болуын болдырмауға және қауіп факторларын жоюға бағытталған шаралар кешені түсініледі. Қайталама профилактика-бұл ауыз қуысының пайда болған патологиялық процестерін емдеу [2]. Ауыз қуысының шырышты қабығының алдын-алу адамдар мен тіршілік ету ортасына бағытталған белсенді шараларды қажет етеді. Қазіргі уақытта ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының эпидемиологиясы зерттелмеген, бірақ олардың таралуы адамның иммунокомпетентті жүйесінің жетілу дәрежесіне тікелей байланысты.

Ауыз қуысы патологиясының дамуының алдын алу бала кезінен басталуы керек. Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының сипаты көбінесе шырышты құрылымның жас ерекшеліктерімен анықталады. Шырышты қабық ауруларының алдын алу шаралары әр түрлі жас кезеңдеріндегі байланысты болады [3].

I кезең: Баланың өмірінің алғашқы 10 күні кезең деп аталады, жаңа туған нәрестелер. Осы кезеңде баланың сілекей бездері әлі жұмыс істемейді және ауыз қуысының шырышты қабаты өте осал, көптеген қан тамырлары бар. Кез-келген, тіпті кішігірім жарақаттар (мысалы, емізгік) шырышты қабықтың тұтастығын бұзуы мүмкін. 10 күннен бір жасқа дейінгі балаларда шырышты эпителий болады бірақ қабықтардың қалыңдығы аз. Кеуде кезеңінде антенатальды кезеңде алынған тіндердің иммундық қасиеттері жоғала бастайды, бұл осы кезеңде шырышты қабықтың иммунобиологиялық мүмкіндіктеріне әсер етеді. Осыған байланысты аналық антиденелердің, гормондардың, ферменттердің диаблацентарлы берілуі туралы айту керек және т.б. бұл, бәлкім, баланың денесінің өмірдің бірінші жылында вирустық және бактериялық стоматиттердің пайда болуына жеткілікті жоғары қарсылығын және ауыз қуысының шырышты қабығының саңырауқұлақ ауруларының басым дамуын [4], бұған сілекейдің бейтарап немесе аздап қышқыл реакциясы да ықпал етеді. Осы кезеңдегі алғашқы алдын-алу шаралары: емізгікті, емізгікті (қысқа ұзындықты) мұқият таңдау арқылы жарақаттанудың алдын алу, баланы мұқият қарау; сауықтыру шаралары; баланың дамуын бақылау. Қайталама профилактика травматикалық зақымдануды уақтылы емдеуге, олардың себебін жоюға, сондай-ақ кандидозбен ауыратын балаларды уақтылы және тиімді емдеуге, педиатрға, консультацияға жіберуге бағытталуы тиіс [5].



II кезең: 1-3 жаста морфологиялық ерекшеліктер нақты көрсетілген.

Ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының алдын алу шырышты қабық тәрізді балаларда эпителийдің жұқару аймақтары, гликоген мен РНҚ-ның төмен деңгейі кездеседі; базальды мембрана жұқа, өткізгіштігі жоғарылайды. Шырышты қабықтың дәнекер тіндері де төмен дифференциацияға ие болады. Жасуша элементтері негізінен периваскулярлы, олардың саны аз. Мاستикалық жасушалар жас жетілмеген формалармен ұсынылған, қан тамырларының өткізгіштігінің реттелуі әлі жетілмеген; плазмалық жасушалар және гистиоциттер өте аз болады. Қалыпты кератинизация аймақтарында кератинизация процестері артады; кератинизацияда қолданылатын гликоген деңгейі төмендейді. Бұл факторлар осы жаста жедел герпес стоматитінің жиілігін анықтайды [6]. Иммунитеті төмен балалардағы жедел герпетикалық стоматит өте жұқпалы болады. 1 жылдан 3 жылға дейінгі кезеңде бастапқы профилактика балаларды жедел немесе қайталанатын вирустық инфекциямен ауыратын науқастармен байланыста болудан оқшаулау; әлсіреген және жиі ауыратын балаларға арналған вирусқа қарсы препараттарды қолдану; эндогендік интерферон өндірісін ынталандыру мақсатында ультрафиолет сәулеленуді жасаған жөн. Қайталама профилактиканың міндеттері: жедел ауруға шалдыққан балаларда ауыз қуысының герпес инфекциясының қайталану санын азайту [7]. Педиатрдың уақтылы диагностикасы, науқас баланы стоматологқа жіберу және аурудың ерте кезеңдерінде вирусқа қарсы препараттарды тағайындау стоматиттің одан әрі дамуына жол бермейді, бөртпелер санын азайтады. Сондықтан педиатрлармен тығыз ынтымақтастық осыған байланысты балалар тіс дәрігерінің міндеті болып табылады.

III кезең: 4-12 жаста эпителий қалыңдығының жоғарылауы, базальды мембрананың және дәнекер тіннің талшықты құрылымдарының тығыздалуы байқалады. Эпителийдегі гликоген мөлшері біршама азаяды. Гистиоцитарлы-лимфоидты кластерлер пайда болады, мастика саны азаяды жасушалар, бұл тамырлардың өткізгіштігінің төмендеуін көрсетуі мүмкін [8]. Мастикалық жасушалардың белсенділігі артады, бұл спецификалық емес Қорғаныс факторы ретінде әрекет ететін цитоплазмалық гепариннің жиналуын тудырады. Бұл жаста "дөңгелек жасушалы" деп аталатын периваскулярлы лимфоидты-гистиоцитарлық инфильтраттар пайда болады, бұл қорғаныс механизмдерінің қалыптасуымен және осы жаста организмнің айтарлықтай қоршаған ортаға сезімталдығының болуымен байланысты. Осы кезеңде шырышты қабықтың әртүрлі ауруларында диффузиялық реакцияларға бейімділік төмендейді, тамыр қабырғаларының өткізгіштігі төмендейді; сонымен қатар, олардың цитоплазмасында гепариннің жиналуына байланысты мастикалық жасушалардың белсенділігі күрт артады [9]. Бөлінген гепарин спецификалық емес қорғаныс факторы ретінде әрекет етеді, қан мен тіндердің протеолитикалық және муколитикалық ферменттерін блоктайды, қан капиллярларының патологиялық өткізгіштігін қалыпқа келтіреді, осылайша тіндік метаболизмнің қалпына келуіне ықпал етеді. Бұл гистологиялық және гистохимиялық ерекшеліктер аллергиялық реакцияларға негізделген 4-12 жас аралығындағы өткір және созылмалы аурулардың пайда болуын түсіндіреді [10]. Мектепке дейінгі жаста ауыз қуысының қайталанатын афтасы, сондай-ақ қайталанатын герпес стоматиті пайда болады. Осы кезеңде бастапқы профилактика негізінен жалпы күшейту шараларын жүргізу, ұтымды теңдестірілген тамақтануды ұйымдастыру болып табылады. Қайталама профилактика әдістері: герпес рецидиві кезінде вирусқа қарсы агенттерді ұзақ уақыт қолдану, инфекциялар, бөртпе элементтері толық эпителизацияланғанға дейін; диспансерлік бақылау процесінде сатылы эпикриздері бар ауыз қуысының қайталанатын афт белгілері бар балаларды емдеу және оңалту.

IV кезең: 12-14 жастан кейінгі жасқа байланысты гистологиялық және гистохимиялық айырмашылықтар гормоналды реттеу факторларының әсерінен болатын өзгерістермен сипатталады және жасөспірімдер гингивиттері мен жұмсақ лейкоплакияның басым болуын түсіндіреді [11]. Ерін аурулары, қайталанатын афта қуысы мектеп оқушыларына да тән ауыз қуысы, көп формалы экссудативті эритема, аллергиялық компоненті бар қайталанатын герпетикалық стоматит (әдетте орташа және ауыр, кейде үздіксіз қайталанатын түрінде) [12,13]. Мектеп жасында бастапқы профилактика жалпы сауықтыру шараларына (күн тәртібі, сабақтар, таза ауада болу, спорт); теңдестірілген тамақтануды ұйымдастыруға; Конституциялық



ауытқулары бар балаларда — дәрілік препараттарды, әсіресе антипиретиктерді, анальгетиктерді, антибиотиктерді, сульфаниламидтерді қолдануды шектеуге; ЖРА-дан кейін оңалтуға; еріннің, мұрынның дұрыс архитектоникасын сақтамауға негізделген. тыныс алу. Қайталама профилактика әдістері көп формалы экссудативті эритема, ерін аурулары және т. б. бар балаларды диспансерлеуге дейін азаяды[14,15].

Қорытынды: Шырышты аурулардың дамуындағы қауіп факторлары балалардағы ауыз қуысының мембраналары келесідей: бір жағынан: жарақат, вирустар, инфекция: саңырауқұлақ, бактериялық, спецификалық және т.б.; екінші жағынан: ағзаның әртүрлі инфекциялық факторларға төзімділігінің төмендігі, Конституцияның ауытқулары, аллергияның көріністері, бала ағзасының жалпы аурулары (оның ішінде инфекциялық). Алдын алу шаралары әр түрлі, әр түрлі жас кезеңдері. Әр кезең үшін белгілі бір шаралар басым мәнге ие болады, дегенмен олар басқа уақытта өз рөлін толығымен жоғалтпауы мүмкін. Балалардағы ауыз қуысы ауруларының ең жақсы алдын алу - тіс дәрігеріне үнемі бару. Дәрігерге 4-6 ай сайын бару патологиялық процестің белгілерін дереу анықтауға және оларды жоюға мүмкіндік береді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Молофеева В. А., Луницына Ю. В. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей //Проблемы стоматологии. – 2011. – №. 3. – С. 48-49.
2. Сунцов В. Г., Гарифуллина А. Ж., Тельнова Ж. Н. Особенности формирования мотивации к гигиене полости рта у детей дошкольного возраста //Институт стоматологии. – 2006. – №. 4. – С. 66-68.
3. Ремизова А. А. и др. Гигиена полости рта. – 2021.
4. Ким А. В. и др. Современные формы стоматологической профилактической помощи детям //Педиатр. – 2017. – Т. 8. – №. 4. – С. 73-77.
5. Терехова Т. Н., Шаковец Н. В. Средства, предметы и методы ухода за полостью рта у детей раннего возраста //Клиническая стоматология. – 2013. – №. 2. – С. 42-46.
6. Терехова Т. Н., Шаковец Н. В. Средства, предметы и методы ухода за полостью рта у детей раннего возраста //Клиническая стоматология. – 2013. – №. 2. – С. 42-46.
7. Луцкая И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта травматической природы у детей и подростков //Современная стоматология. – 2016. – №. 4 (65). – С. 27-30.
8. Кисельникова Л. П., Таболова Е. Н., Мирошкина М. В. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей школьного возраста //Стоматология для всех. – 2008. – №. 1. – С. 52-56.
9. Терехова Т. Н., Луцкая И. К. Системная профилактика стоматологических заболеваний в детском возрасте. Пути и цели профилактики //Современная стоматология. – 2015. – №. 1 (60). – С. 32-36.
10. Гажва С. И. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей. – 2004.
11. Gafforov S. A., Bakaev J. N. An integrated approach to identifying risk factors for development, early diagnosis and prevention of diseases of the oral mucosa in children //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2020. – Т. 9. – №. 4. – С. 68-74.
12. Majorana A. et al. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience //Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. – 2010. – Т. 110. – №. 1. – С. e13-e18.
13. Vieira-Andrade R. G. et al. Oral mucosal conditions in preschool children of low socioeconomic status: prevalence and determinant factors //European journal of pediatrics. – 2013. – Т. 172. – С. 675-681.
14. Vieira-Andrade R. G. et al. Impact of oral mucosal conditions on oral health-related quality of life in preschool children: a hierarchical approach //International journal of paediatric dentistry. – 2015. – Т. 25. – №. 2. – С. 117-126.
15. Owczarek-Drabińska J. E. et al. The prevalence of oral mucosa lesions in pediatric patients //International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Т. 19. – №. 18. – С. 11277.



ҚЫЗДАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Н.А.Каримбаева - РАГҚ-02-23 топ резиденті

Жетекшісі- А.Д.Тулемирова

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Түркістан, Қазақстан

Түйін: Бүгінде елімізде жастар мәселесіне көп көңіл бөлінуде. Біздің елімізде қазіргі жастардың барлық жағынан кемелді адамдар болуы үшін барлық жағдай жасалған. Оқудан, білімнен, білімді игеруден басқа, өз денсаулығына назар аудару бүгінгі таңда өзекті мәселе болып табылады. Отбасын құрушылардың, қоғамдағы басты буынның, дені сау ұрпақ туатын қыздардың денсаулығы ерекше маңызды. Жыныстық жетілу 9-10-дан 16-17 жасқа дейін созылады, оның барысында жыныстық жетілу шегінде тұрған жастардың денесінде күрделі физиологиялық және психикалық өзгерістер болады. Дәл осы кезеңде жастарды тәрбиелеуге ерекше назар аудару керек. Жастарға ұрпақты таза ұстау, келесі ұрпақты дүниеге әкелу үшін репродуктивті денсаулық, салауатты өмір салты туралы ақпарат қажет.

Кілтті сөздер: қыздардың гигиенасы, жыныстық жетілу, қыздар, қабыну аурулары

Қыздар мен жасөспірім қыздардың гигиеналық принциптері

Балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын қорғаудың ересек жастағы аурулардың дамуын болдырмау және ұрпақты болу әлеуетін сақтау үшін үлкен маңызы бар, бұл өз кезегінде елдің экономикалық және еңбек құрамдастарының дамуын, оның ұлттық қауіпсіздігін анықтайды. Атап айтқанда, гинекологиялық патологияның алдын алудың маңызды бөлігі - әйелдің ұрпақты болу жүйесінің оңтайлы жұмыс істеуіне ықпал ететін сыртқы жыныс мүшелеріне күтім жасауды қамтитын интимдік гигиена. Әйелдік гигиенаның келесі принциптері анықталды: жыныс жолдарының кездейсоқ микрофлорамен жанасуын барынша азайту, оңтайлылық, асептика принциптерін сақтау, табиғи кедергілердің тұтастығын сақтау, гигиеналық мінез-құлық стилін таңдау еркіндігі және адекваттылық [1].

Кіші қыздарда, сондай-ақ жасөспірім қыздарда ата-аналардың дұрыс гигиенаны қадағалауы қажет. Денсаулыққа саналы көзқарасты қалыптастыруда, жеке бас гигиенасы құралдарын шеберлікпен және дұрыс қолдануда ата-аналар, әсіресе аналар маңызды рөл атқарады. Алайда, өкінішке орай, барлық ата-аналар дұрыс гигиеналық күтім туралы жеткілікті түрде хабардар емес. Осыған байланысты гигиеналық күтімнің негізгі ережелерін бөліп көрсетуге болады[1]:

- хош иісті емес сабын немесе су қосылған кремді қолданатын күнделікті гигиеналық душ қабылдау қажет негіз, содан кейін денені жұмсақ сүлгімен жұмсақ, бірақ мұқият кептіру;
- жұмсақ дәретхана қағазын дұрыс пайдалану алдыңғыдан артқа қарай бағытта;
- үйкеліс пен жоғары ылғалдылықты тудырмайтын ыңғайлы мақта іш киімін кию;
- жуу кезінде арнайы жуғыш заттарды қолдану іш киімді және оны мұқият шайыңыз;
- химиялық қоспалар мен көбіктендіргіштерден аулақ болу ваннаны қабылдаған кезде хош иістендіргіштермен;
- міндетті түрде душ қабылдау және сыртқы жыныс мүшелерін жуу тоғандар мен бассейндерде жүзуден кейінгі органдар;
- табиғи материалдан жасалған кең киім кию, ұйықтау үшін бос пижаманы пайдалану немесе ұйықтау түнгі көйлек



Жасөспірімдік шақта, тіпті балалық шақта да, қыз бала жыныстық гигиена ережелерін сақтауы керек. Қынаптың шырышты қабаты әрқашан қыз туылғаннан бастап сұйықтық бөледі, ал жыныстық жетілу кезінде әйел жыныстық гормондарының әсерінен бұл процесс күшейеді және жыныстық жетілу лейкореясы деп аталады. Сыртқы жыныс мүшелерінде немесе іш киімде жиналатын вагинальды бөлінділер терінің тітіркенуін тудырады, қышу пайда болады және микроорганизмдердің қосылуы қабыну процесінің дамуының басталуын тудыруы мүмкін[2]. Қабыну кезінде ағу жағымсыз иіспен пайда болады және негізінен қыз үшін жағымсыз, болып табылады, бұл жас өспірім қыздарға күнделікті қолдануға арналған төсеніштердің өолдануға итермелейді. Бірақ кез келген төсенішті 4-5 сағат қолданғаннан кейін өзгерту керек екенін есте ұстаған жөн. Етеккір келмейтін жасөспірім қыздардың сыртқы жыныс мүшелерін ағынды сумен жууды күніне кемінде 1-2 рет жасау керек. Душта жуған дұрыс[3]. Алдымен сыртқы жыныс мүшелерін, сосын сан терісін, ең соңында анус аймағын жуады. Іш киім күнделікті ауыстырылуы керек. Интимдік гигиена үшін арнайы өнімдерді пайдалану керек. Жыныс мүшелерінің қышқыл ортасы бар өте нәзік шырышты қабығы бар, сондықтан сілтілі сабындар мен душқа арналған гельдер оның жойылуын оңай жеңе алады. Дәріханалардың кең ассортименті бар арнайы интимдік гигиена құралдарын ғана пайдалану керек[1]. 4. Мұндай өнімдер рН бейтарап болып табылады, олар «процедурадан» кейін сізге жағымсыз ыңғайсыздық сезімін тудырмайды. Интимдік гигиена үшін губкаларды немесе жуғыштарды қолдануға болмайды, олар жыныс мүшелерінің нәзік бетін уылдырық сызаттарымен зақымдайды және жабады. Жууға арналған су жылы болуы керек. Бұл жағдайда ыстық немесе суық су қабылданбайды. Су ағыны алдыңғыдан артқа бағытталуы керек. Әйтпесе, анустан микрофлора қынапқа енуі мүмкін. Интимдік гигиена үшін әрбір қыздың өз сүлгі болуы керек. Интимдік гигиена процедурасын аяқтағаннан кейін, ылғалды күшпен сүртпей, жай ғана сүрту маңызды. Етеккір кезінде (сыни күндер) интимдік гигиенаға ерекше назар аудару керек - арнайы жастықшалар мен төсеніштер пайдалану ұсынылады. Төсеніштерді қолдануды бастамас бұрын, нұсқауларды оқып шығу керек, егер бірдеңе түсініксіз болса, гинекологпен кеңесу керек. Ең бастысы, төсеніштерді жиі, үнемі ауыстырып отыру керек. Өйткені қолданылған төсеніштер қан бактериялардың өмір сүруі және көбеюі үшін тамаша орта болып табылады. Кез келген, тіпті ең заманауи жастықшалар, етеккір сұйықтығымен малынған, бірнеше сағаттан кейін жағымсыз ерекше иістің көзі ғана емес, сонымен қатар бактериялардың белсенді өсуі үшін орын болады[51]. Өзіңізді осындай қиындықтардан қорғаудың жалғыз жолы – төсеніштерді күніне кемінде 4-5 рет ауыстыру, сонымен қатар жыныс мүшелері мен жамбастарды күніне 2-3 рет жуу. Маңызды ереже - сыни күндерде ваннаға түсуге, бассейнге немесе ашық суға шомылуға болмайды. Жыныстық қатынаспен айналысатын қыздар етеккір кезінде жыныстық қатынастан бас тартуы керек. Көптеген сарапшылар трусики киюге кеңес бермейді[6]. Олар қауіпті, себебі, біріншіден, қан айналымын нашарлатуы мүмкін, екіншіден, олар инфекцияларды анустан қынапқа жіберуге қабілетті. Көбінесе жасөспірімдік кезеңде жамбас пен аяқтардағы шаштың өсуі күшейеді, бұл көптеген проблемаларды тудырады. Шашты жұлып, қырыну, кремдер мен эпиляторлармен алып тастау басталады. Сонымен қатар, шаштың өсуі, әсіресе бет, кеуде, жамбас немесе аяқ-қолдардағы өсудің жоғарылауы эндокриндік бұзылулардың белгісі болып табылады. Егер сіз осы мәселеге тап болсаңыз, тексеру және тиісті емдеуді таңдау үшін гинекологпен кеңесу керек[7].

Қыздардағы вульвовагинит

Вульвовагинит-вульваның (вульвит) және қынаптың шырышты қабығының (вагинит) қабынуы. Бұл негізінен жас өспірім қыздарда жиі кездеседі. Вульвовагиниттің қоздырғыштары-іріңді және ішек флорасы, гельминттер (құрттар) және т.б. Вульвовагинит-өткір қабынудың пайда болуы бөгде микробтардың ағзаға енуіне немесе тітіркендіргіш аллергияның әсеріне жауап[8].



Себептері мен түрлері

Балалық шақтағы Вульвовагинит инфекциялық және инфекциялық емес жағдайлардан туындайды. Пайда болу себептеріне байланысты вульвовагиниттің келесі түрлері бөлінеді:

Аллергиялық-тітіркендіргіш заттарға реакция. Олар дәрі-дәрмектердің, тұрмыстық химия мен косметиканың, тамақ өнімдерінің бөлшектері болуы мүмкін. Шоколад пен басқа да тәттілерге, цитрус жемістеріне аллергия жиі кездеседі. Перинэядағы қабыну хлорға төзбеушілік болса, бассейндегі хлорланған суға шомылу кезінде пайда болады[9].

Дисбиозға байланысты Вульвовагинит-қыздың қынапшасының табиғи микрофлорасының бұзылуы. Бұл "пайдалы" микробтар теріден және шырышты қабаттардан жуылған кезде қатты сабынмен жиі жуу нәтижесінде пайда болады. Дисбиоздың дамуына антибиотиктерді ұзақ уақыт қолдану, дәрумендердің жетіспеушілігі, иммунитеттің жалпы төмендеуі, гельминтикалық инвазиялар ықпал етеді.

Вирустық-әлсіреген ағзаға қызылша, желшешек, аденовирус, қызамық, қарапайым және жыныстық герпес вирустары енеді. Инфекция анадан босану кезінде немесе ауа тамшылары арқылы адамдар көп жиналатын орындарға-балабақшаларға, сауда орталықтарына, қоғамдық көліктерге барғанда пайда болады. Тыныс алу жолдары арқылы ағзаға енгеннен кейін патоген ағзалар мен тіндерге қан ағымымен тасымалданады[10].

Бактериялық-қоздырғыштардан туындайды. Ең көп таралған себептер-трихомонас, микоплазма, гонококк және хламидиоз. Жеке гигиена ережелерін сақтамау, соның ішінде басқа адамдардың гигиенасы мен төсек-орындарын пайдалану ауруға әкеледі. Тәуекел тобына қоғамдық моншалар мен бассейндерді ұнататындар жатады. Адамдардың көп ағыны бар жылы, ылғалды ортада патогендік флора тез дамиды. Күмәнді тазалықтағы теңіздер мен жағажайлар қоршаған әлемді тіске сынап көруді ұнататын балаға қауіп төндіруі мүмкін.

Механикалық-жыныс мүшелерінің терісі мен шырышты қабығының жергілікті тітіркенуі. Бұл қынаптағы бөгде заттан туындайды. Олар моншақ, ойыншық бөлшектері, жағажайдан құм бөлшектері болуы мүмкін. Балалардың нәзік терісінің тыныс алуына жол бермейтін синтетикалық материалдардан жасалған ыңғайсыз, тығыз іш киім қабынудың даму қаупін арттырады.

Кейбір қыздар 14 жасында және одан ертерек жақын қарым-қатынаста болады. Қорғалмаған жыныстық қатынас-вирустар мен бактериялардың таралу қаупі.

Емі.Терапия схемасы белгіленген себептерге және клиникалық көріністердің ауырлығына байланысты. Асқынбаған вульвовагинитті үйде дәрі-дәрмектермен емдеуге болады. Оларды қынаптан жағынды бактериялық себу деректеріне сүйене отырып, маман таңдайды. Талдау кезінде қыздық перде өзгеріссіз қалады[11].

Емдеу келесі препараттармен жүзеге асырылады:

- антибиотиктер- микроптардың өсуін тоқтатады және бөгде бактерияларды өлтіреді;
- вирусқа қарсы препараттар-вирустық инфекцияларға қарсы белсенеді;
- антигельминтикалық-гельминттер зақымданған жағдайда қолданылады;
- саңырауқұлаққа қарсы-көбінесе candida тұқымдасының саңырауқұлақтарымен күресу үшін қолданылады;
- пробиотиктер - әйелдердің ұрпақты болу жүйесінің қалыпты микрофлорасын қалпына келтіреді;
- антигистаминдер-қышу мен жануды жеңілдетеді, аллергиялық вульвовагинит терапиясында қолданылады;
- седативтер-жағдайды жеңілдетеді, симптомдардың ауырлығын жояды, ұйқыны жақсартады[12].



Қорытынды. Қынаптың микроэкожүйесі-әйелдің ұрпақты болу органдарының кешеніндегі күрделі және динамикалық толыққанды жүйе. Дұрыс емес гигиенамен қабыну ауруларының, соның ішінде вульвовагиниттің даму қаупі артады. Жеке гигиена ережелерін сақтау гинекологиялық аурулардың дамуын болдырмауға ықпал ететіндіктен, жастарға репродуктивті білім берумен айналысу қажет, бұл бетпе-бет кеңес беруді де, қашықтықтағы технологиялардың көмегімен өзекті ақпаратты орналастыруды да қамтиды. Балалық шақтан бастап интимдік гигиенаның дұрыс әдеттерін қалыптастыруда ата-аналардың оқу процесіне қатысуының рөлі маңызды. Қыздар мен жасөспірім қыздар арасында мақсатты гигиеналық тәрбие беру, өз денсаулығына елеулі көзқараспен қарауды қалыптастыру, жеке гигиена құралдарын түсіну және қолдана білу ерекше маңызға ие.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Милушкина О. Ю., Сибирская Е. В., Курбанова П. Ф. Актуальные вопросы гигиены девочек и девушек-подростков (обзор литературы) //РМЖ. Мать и дитя. – 2023. – Т. 6. – №. 2. – С. 119-125.
2. Баласанян В. Г., Миронова А. В. Врачу о половом воспитании девочек и девушек-подростков //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2017. – №. 4-5 (75-76). – С. 78-84.
3. Мингазова Э. Н., Железова П. В. К вопросу о медико-социальной профилактике воспалительных гинекологических заболеваний среди девочек и девушек-подростков (обзор литературы) //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2020. – №. 2. – С. 42-47.
4. Баряева О. Е., Флоренсов В. В. Половое воспитание девушек-подростков в современных условиях: медико-социальные аспекты //Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2015. – №. 12. – С. 189-193.
5. Лебедева Т. Б., Баранов А. Н. Медико-социальные аспекты физического и полового развития девочек и девушек //Экология человека. – 2003. – №. 4. – С. 36-38.
6. Самороднова Е. А., Хабибуллина Л. Ф., Темиргереев М. З. Актуальные вопросы полового воспитания девочек-подростков //Практическая медицина. – 2012. – №. 7-1 (63). – С. 97.
7. Мингазова Э. Н. и др. К вопросу о правовом обеспечении охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков //Менеджер здравоохранения. – 2020. – №. 7. – С. 45-52.
8. Кушкарлова А. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ //Global Science and Innovations 2018. – 2018. – С. 547-553.
9. Турманбаева А. А. ОСОБЕННОСТИ БИОЦЕНОЗОВ ВЛАГАЛИЩА ДЕВУШЕК И ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ ЮЖНОГО КАЗАХСТАНА //Теория и практика современной науки. – 2017. – №. 12 (30). – С. 1023-1026.
10. Ахметова М. Ю., Баряева О. Е., Флоренсов В. В. ОСОБЕННОСТИ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ, С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ПРИ ВУЛЬВОВАГИНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021. – Т. 17. – №. 4. – С. 39-50.
11. Железова П. В., Непомнящая Г. Г., Мингазова Э. Н. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ //Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 1. – С. 80-85.
12. Летифов Г. М. и др. Особенности физического и полового развития девушек-подростков с рецидивирующими инфекциями мочевыделительной системы //Нефрология. – 2018. – Т. 22. – №. 5. – С. 77-82.

THE USE OF KESHENDIKLOVIR, MEDOVIR FOR THE COMPLEX TREATMENT
OF PATIENTS WITH HERPETIC LESIONS OF THE ORAL MUCOSA

Ismail Aidana is an intern of the SK 05-23 group
Scientific supervisor Utepova A. Ya.
Khoja Ahmed Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Shymkent, Kazakhstan

Summary: *Untimely diagnosis and lack of rational treatment of herpes infection leads to chronic sensitization of the body, as indicated by an increase in the blood titer of antibodies against herpes simplex virus in these patients by 5-9 times.*

The cause of the development of herpetic infection is the herpes simplex virus, which, after entering the human body, can cause damage to the skin, eyes, mucous membranes, nervous system, and cardiovascular system. Therefore, how can there be many manifestations of herpes infection - herpes.

Key words: *herpetic infection, herpes simplex virus, vesicles, erosion.*

Relevance: the main cause of herpes infection is the herpes simplex virus, which, after entering the human body, causes damage to the skin, eyes, mucous membranes, and also affects the nervous system, cardiovascular system. Therefore, herpes infection is multilateral and shows various pathological effects. Usually the clinical picture of the herpes virus occurs in the mouth and in the area of the red edge of the lips. (the edge of the lips, the skin around the mouth and nose figure # 1,2,3,4,5).



Figure 1

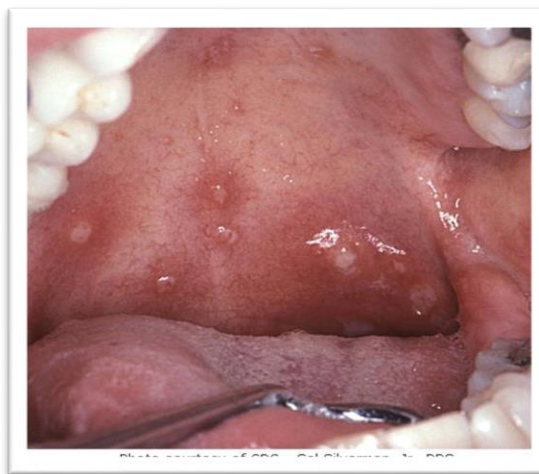


Figure 1

In adults, herpes infection often occurs as a blistering rash around the mouth or along the girth of the lips and dries up and heals within a few days. In the oral cavity, small grouped bubbles are formed (Figure No. 2), which easily burst and cause severe painful erosions. Erosions in the oral cavity are covered with fibrin scales of white or yellowish gray color, gradually clearing and epithelializing after a few days [1,3].

Herpes infection becomes recurrent chronic if it is not treated effectively in a timely manner. In this recurrent form, erosions are formed due to the cytopathogenic action of antibodies produced against the herpesvirus, without having a bubble formation period.



At this time, there is a tendency to large-scale damage to the tissues of the oral mucosa, further erosion, turning into a long and difficult healing wound, patients complain of severe pain, difficulty eating, speech, as well as impaired full-fledged sleep[1,2].



Figure 3

As a result, the patient does not take food until he receives effective treatment and goes hungry for up to several days, so the Diagnostic and therapeutic measures for this herpes infection are one of the most urgent and require the development of a clear treatment algorithm as soon as possible. Treatment of herpes in adults is of a different nature. As soon as the first symptoms of herpes begin to manifest, it is advisable to prescribe drugs that accelerate regeneration, such as vitamins A and E Main, oblepikha oil.

General treatment:

- antiviral drugs (verogel neovir, herpevir, Zovirax – different names of the same drug), can be taken orally, and at the stage of healing, you can also prescribe vitamins to increase immunity, depending on the general condition of the patient and the degree of course of the disease.

Local treatment of herpes infection:

- the area where the rash is located in the oral cavity should be treated with an antiviral and antiseptic, analgetics can be used to suppress the feeling of pre-illness.
- during the healing period, it is recommended to prescribe keratoplastics that stimulate epithelization.

We studied the clinical effectiveness of Acyclovir, medovir preparations in the complex treatment of herpes infection[3,6].

Research method:

A clinical study of patients, a general analysis of the composition of the blood, a method of checking venous blood for ELISA, which determines antibodies to the herpes simplex virus.

At our reception, there were 14 patients with chronic recurrent herpes infections and recurrent herpes on the lips. The entire patient was given ELISA, which determines antibodies against the herpes simplex virus Type 1 and 2, cytomegalovirus. We divided all patients into groups according to the duration of the disease: the number of patients who have been ill for up to 1 Year - 2, those who have been sick for 1-4 years – 3 patients, those who have been sick for 4-7 years - 4 patients, those who have been sick for 7-10 years – 4 patients, those who have been sick for more than 10 years – 2 patients. The fact that Elisa is detected by examination is that as the course of the disease covers long years, the titer of antibodies against herpes simplex increases.



Figure 3

We divided the patients into 2 groups, the main and control group.

In patients with a duration of the disease of up to 1 year, regardless of the age and gender of the patient, the titer IG G was increased by 3 times, in patients with a duration of 1 - 4 years – by 3.5 times, in patients with a period of 4 – 7 years - by 5.5 times, in patients with a period of 7-10 years-by 9.6 times, in patients with a higher antibody titer of 5.5 times, medovir was introduced into the complex treatment.



Figure 3

Medovir is an immunizing drug that acts against DNA and RNA - genome viruses. The activity of this drug will directly depend on its ability to induce endogenous interferon in the body. Interferon-producing cells acquire the ability to secrete a large amount of interferon in response to the process of inducing pathological agents, and this property persists for a long time after stopping taking the drug.

The maximum peak of interferon activity in the blood and tissues after intravenous administration of this drug is observed after a few hours and does not cancel its activity for 16-20 hours. As a result, the resistance of cells to the virus develops, as well as immune reactions are formed aimed at destroying the virus and damaged cells[1,3].

The drug Medovir, which has an immunomodulatory and interferonogenic effect, was prescribed to all patients in B/E 1 time a day at intervals of 48 hours. The total course of treatment included 7 injections.

For local treatment, Acyclovir ointment was given for use, the ointment was applied 2-3 times to the lesion site in the form of an application. Acyclovir is a recombinant human interferon alpha-2b secreted from the cells Escherichia coli, to whose genetic apparatus the human leukocyte alpha-2b interferon has been incorporated. Recombinant protein and human recombinant alpha-2b



interferon molecule have the same polypeptide structure, biological activity and pharmacological properties. Acyclovir --strain is a drug for external use, a hydrogel-based ointment prepared in the form of adsorption into aluminum hydroxide gel with recombinant interferon alpha-2b, obtained by gene modification of the manufacturer.

Recombinant interferon alpha-2b has a broad spectrum of antiviral, bacteriostatic and anti-inflammatory effects.

The thick layer of ointment makes it difficult to form a kargan layer. When this membrane is on the surface of the skin, interferon is released and absorbed into the tissues.

Indications for the use of the drug Acyclovir.

For the Prevention of simple belching herpes, recurrent facial and sexual herpes, herpetic stomatitis, gingivitis, SARS.

Method of application of the drug Acyclovir:

The ointment is applied in a thin layer to the area of damage to the skin or mucous membranes, it is necessary to dry gently for 10-15 minutes, apply 2 times a day at intervals of 12 hours, so that the protective coating is formed faster. This drug should be applied in as thin a layer as possible. An ointment about the size of a drop of water reaches a lesion focus 2 - 2.2 cm in diameter. (4 cm² high).

The duration of the course of treatment is 5-7 days (until the complete restoration of the integrity of the skin surface or mucous membrane).

After application from the drug Acyclovir, erosive elements were epithelialized within 4 days, and in the control group, epithelium was formed in 8 days. Under observation for 3 months, no recurrence of the disease was observed in these patients, Elisa was detected by examination – a decrease in the IG G titer was observed by 2.75 times.

At the same time, the general condition of patients improved, the period of recovery of pathological elements of the USF also decreased, the period of remission was extended, and the patients' mood improved, their desire for life increased, and the desire to work increased.

REFERENCE:

1. Mezgilbaeva D. M. Herpetic infection and its complications. Problems of dentistry 2012 No. 1-2 (47-48) pp. 69-71.
2. Bikbaev B. B., Mezgilbaeva D. M., Kunanbaeva T. S. Abdikarimov S. J. Cytological picture of changes in the foci of treatment in chronic recurrence of herpetic stomatitis. Bulletin of KazNMU, Scientific and Practical journal, 2012, 2, 185-189
3. Kunanbayeva T. S. The use of Kara Zere oil in the treatment of herpetic diseases of the oral cavity. Priorities of pharmacy and dentistry: from theory to practice. Collection of materials The 2nd scientific and practical conference with an international section. Almaty 2013.
4. Avraamova O. G. , Leontiev V. K.// Dentistry for all.-1998. - No. 4. - pp. 22-27.
5. Mavlyanova N. T., Adilova Sh. T. et al.// Stomatology.- T., Prevention of dental diseases. 2012.-No.3-4. - pp. 71-72.
6. Rybakov A. I., Baziyan G. V. Epidemiology of dental diseases and ways of their prevention: M., 1973-306s.



УДК 616.9-053.36

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ ЦМВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Доскенова Бибигуль Кажкеновна,
Шапеш Алтын Шапешевна,
Кусепова Динара Асылбековна,
Мыңбасы Нұрайым Абдуллақызы
ҚеАҚ «Астана медицина университеті»
Астана, Қазақстан

Аннотация: Қазіргі уақытта әлемнің барлық елдерінде цитомегаловирустық инфекциямен сырқаттанушылықтың өсуі байқалады. Мақалада өмірінің бірінші жылындағы балалардағы ЦМВИ клиникалық ағымының әртүрлілігі деректерінің талдауы ұсынылған, құлақ мүкістігінің дамуы тән симптомсыз ағымға ерекше маңыз беріледі. Өмірдің бірінші жылындағы балаларда ЦМВИ ұтымды диагностикалау әдістері қарастырылады. Балалардағы ЦМВИ-дің субклиникалық формасы кезінде нейросенсорлық құлақ мүкістігін уақтылы диагностикалаудың маңыздылығы көрсетілген.

Кілт сөздер: ЦМВИ, өмірінің бірінші жылындағы балалар, клиникалық көріністер, құлақ мүкістігі, диагностика, емдеу.

Туа біткен ЦМВИ - жаңа туған нәрестенің дамуындағы бұзылулардың ең көп тараған себептерінің бірі. Қазіргі уақытта ЦМВ балалардағы ең көп тараған жатырыштық инфекция (ЖИИ) және түсік түсірудің себептерінің бірі болып табылады. Тератогендік маңыздылығы бойынша ЦМВ қызамық вирусынан кейін екінші орында [3]. ЦМВ инфекциясының клиникалық көріністерінің полиморфизмін ескере отырып, балада минималды көріністер (субклиникалық формалар) және эмбриопатия түріндегі ауыр зақымданулар, жалпы қабыну өзгерістері бар ерте немесе кеш фетопатиялар болуы мүмкін. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) Еуропалық аймақтық бюросы ЦМВ инфекциясын жұқпалы патологияның болашағын анықтайтын аурулардың бірі ретінде жіктейді. Көптеген сарапшылар цитомегаловирусқа деген көзқарасты түбегейлі өзгерту және оның таралуына қарсы күресті күшейту қажет деп санайды [1,2]. ЦМВ инфекциясының босанғанға дейінгі және постнатальді диагностикасындағы қиындықтар жаңа туған нәрестелердің иммундық жүйесінің ерекшеліктеріне және клиникалық көріністердің спецификалық еместігіне байланысты [1]. Қазақстан Республикасында ЦМВ таралуын зерттеу бойынша ауқымды популяциялық зерттеулер жүргізілмеген. Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, постнатальді кезеңде ЦМВ инфекциясы бар балаларды жүргізу ерте диагностиканы, мамандандырылған тәсілді және білімді талап етеді.

Цитомегаловирусты инфекция (ЦМВИ) – ағзалар мен жүйелердің политропты зақымдануымен, макроорганизм тарапынан күрделі иммунологиялық реакциялармен сипатталатын, ұзақ, көбінесе өмір бойы вирустың персистенциялануымен көрінетін 5 типті герпес вирусынан туындаған жұқпалы ауру. ЦМВ ерекше тропты: бірқатар мүшелердің эпителийіне, көбіне сілекей бездерінің шығару жолдарының эпителийіне, өт жолдарына, бүйрек нефронының дистальды бөліктеріне, ми қарыншаларының эпендимасына және оның қабырғалары мен іргелес ақ затта некроз ошағын тудырып, жеделдеу энцефалит-вентрикулит түрінде жүйке жүйесін зақымдауы мүмкін [3]. ЦМВ адам эмбрионының хромосомаларына да тропты, осылай ұрықтың өсуі мен дамуына әсер етеді, тератогендік әсері клиникалық түрде үш нұсқада көрінеді: дисэмбриогенездің стигмалары, ішкі ағзалардың аномалиялары мен олардың қызметінің бұзылуы, кемтарлықтың пайда болуы. ЦМВ-ның ерекше қасиеті - иммундық жүйенің барлық бөлімдерінде депрессиюны тудыруы



- макрофагтардың дисфункциясын, интерлейкиндер өндірісінің тапшылығын тудырады, НК жасушаларының белсенділігін басады және интерферондардың өндірісін тежейді. ЦМВ Т-жасушаларына зиянды әсері бойынша адамның иммун тапшылығы вирусынан (АИТВ) кейін екінші орында [6]. Перинаталдық зақымдануды баланың өмірінің алғашқы күндерінен бастап аурудың белгілерін анықтау арқылы бағалауға болады. Туа біткен ЦМВ инфекциясы баланың өмірінің алғашқы 2 аптасында көрінеді. Егер аурудың белгілері өмірдің 2 аптасынан кейін пайда болса, интранатальды немесе постнатальды босанғаннан кейінгі кезеңде жұқтыруы мүмкін екендігін ойлану керек.

Туа біткен ЦМВ жедел түрінің клиникалық көрінісі келесі нұсқалармен көрінеді.

I.Нұсқа – симптомдар үштігі: сарғаю, гепатоспленомегалия, геморрагиялық синдром;

II. Нұсқа жеңіл клиникалық белгілері бар энцефалитпен көрінеді: ұйқышылдық, құрысулар, сору мен жұтудың бұзылуы, кейде гипорефлексия, гипотензия, содан кейін гипертония; немесе микроцефалия, гидроцефалия және орталық жүйке жүйесінің басқа зақымданулары, көздің симптомдарымен біріктірілген - хориоретинит, катаракта, өмір бойы сақталатын көру жүйкесінің атрофиясы, страбизм, нистагм.

III. Нұсқа висцеральды органдардың зақымдалуымен ЦМВИ жалпыланған түрі ретінде көрінеді және өмірдің алғашқы 10-12 аптасында жоғары өліммен сипатталады.

Созылмалы туа біткен ЦМВИ - анамнезінде туа біткен ЦМВИ дің жедел түрінің болуы, қалыптасқан даму ақаулары, висцеральды органдардың созылмалы зақымдануы және ағымының толқындылығы негізінде диагноз қойылады [3].

Субклиникалық түрі жиі жүктіліктің екінші жартысында ұрықтың ЦМВИ жұқтырған кезде пайда болады. Диагноз зертханалық, аспаптық зерттеулер мен динамикалық бақылау нәтижелерін бағалау негізінде белгіленеді. Вирусемияның болуы, тіпті өмірдің алғашқы күндерінде клиникалық белгілер болмаса да, болашақта (3-6 айға дейін) неврологиялық патологияның (прогрессивті есту қабілетінің жоғалуы, хориоретинит, микроцефалия, моторлы бұзылулар, құрысу синдромы) дамуы үшін қауіп факторы болып табылады. Неонатальды кезеңде қалыпты есту тесті болса да, аурудың осы түрімен ауыратын балалардың шамамен 40% -ында болашақта есту қабілетінің бұзылуы болады [2,18,19,39]. Ұрықтың зақымдану сипаты инфекцияның уақытына байланысты. Инфекцияны жұқтыруды ерте кезеңдерінде (жүктіліктің алғашқы 4-6 аптасы) ұрықтың өлуі және/немесе өздігінен түсік түсуі мүмкін. Жүктіліктің алғашқы 12 аптасында инфекцияны жұқтырған жағдайда тератогендік әсер болуы мүмкін. 2-ші және 3-ші триместрде ЦМВ жұқтырған кезде даму ақауларымен ЦМВИ-дің туа біткен түрі дамуы мүмкін. [2, 4]

Балалардағы жүре пайда болған ЦМВИ, әдетте, клиникалық түрде көрінбейді. ЦМВ инфекциясының диагностикасы спецификалық зертханалық зерттеулердің деректері негізінде жүзеге асырылады. Бірақ туылғаннан кейінгі 2 жылда немесе одан кейінгі кезеңде балада көру, есту, тіс ақаулары, мінез-құлық бұзылыстары, ақыл-ой кемістігі, церебральды сал ауруы болуы мүмкін [5].

Өмірдің алғашқы 2-3 жылындағы балалардағы ЦМВИ-ның манифесттік формалары оқшауланған (немесе аралас) түрде келесі түрде көрінуі мүмкін:

- сиалоаденит – сілекей бездерінің іріңді емес зақымдануы; айқын емес физикалық деректермен интерстициалды пневмония;
- несеп тұнбасындағы эпителий жасушаларының санының сипатты ұлғаюымен және ЦМК анықталуымен бүйрек дамуының аномалиясы фонында бүйректің зақымдануы;
- патологиялық қоспаларсыз энтериттік нәжіс түріндегі асқазан-ішек формасы, физикалық дамудың тежелуі, көбінесе поликистозды дегенерация типі бойынша ұйқы безінің зақымдануынан копрограммада көп мөлшерде бейтарап майдың болуы;
- гепатит белгілері бар бауырлық формасы;



- церебральды түрі – пирамидалық жеткіліксіздіктің көрінісімен энцефалопатия, эпилепсия жиі көз симптомдарымен (катаракта, хориоретинит, көру жүйкесінің атрофиясы), құрысулар, ақыл-ойдың артта қалуы, сирек ауыр менингоэнцефалит түрінде;
- моноклеоз тәрізді синдром (егде жастағы балаларда, ересектерде) [3].

Осылайша, ЦМВИ-ның субклиникалық формаларын ескере отырып, вирустың берілу қаупі жоғары және туа біткен патологияның қалыптасуына байланысты ЦМВИ-ның спецификалық зертханалық диагностикасы ерекше маңызға ие. Тек клиникалық деректерге сүйене отырып, ЦМВ инфекциясының диагнозын тиісті зертханалық растаусыз қою мүмкін емес. Этиологиялық диагностиканың жетекші әдістері антиденелерді анықтау болып табылады (антиденелерді анықтау (анти-CMV IgM, анти-CMV IgG және IgG авидтілігін анықтаумен), сондай-ақ қандағы, сілекейдегі және зәрдегі вирустық ДНҚ-ны анықтау үшін сапалы және сандық полимеразды тізбекті реакция (ПТР). [8]. IgM алдымен қан сарысуында пайда болады және орта есеппен шамамен 4 апта бойы сақталады. Кейіннен IgG анықтауға болады, ол үшін авидтілігін анықтау қажет. Бұл көрсеткіш инфекциялық процестің ұзақтығын көрсетеді. Айта кету керек, серодиагностика барлық жағдайда диагноз қоюға мүмкіндік бермейді [5].

Жедел ЦМВИ диагностикасы үшін серологиялық әдістерді қолданғанда, Эпштейн-Барр вирусымен және Е гепатитімен аяқаспалы реакция болуы мүмкін [8]. Жаңа туылған нәрестелерде серологиялық зерттеу әдістерінің ақпараттылығы төмен, әсіресе манифестті клиникада, өйткені туа біткен иммундық жүйенің эффективтілігі жоқ. Жедел ауыр ЦМВ инфекциясының фонында спецификалық ұрықтық IgM болмауы - бұл онтогенетикалық кезеңнің жалпы белгісі. Бұл маркерлер бірнеше айдан кейін ғана шығарыла бастайды [9]. ИФА әдісінің арнайылығы 56-75%, сезімталдық 30-88% құрайды.

Қазіргі кезеңде ЦМВ инфекциясының, соның ішінде ЦМВГ диагностикасының алтын стандарты ПТР диагностикасы болып табылады. ЦМВ ДНҚ-ның ПТР оң болуы, IgM болуы немесе IgG 4 еседен астам жоғарылауының болуы белсенді ЦМВ инфекциясын көрсетеді [8-10]. ПТР диагностикасы тұрғысынан диагностикалық маңызды орта, әрине, қан. Қандағы ЦМВ ДНҚ анықтау вирусемияны көрсетеді - инфекциялық процестің белсенді ағымы, этиотропты ем тағайындауға себеп болып табылады. ПТР әдісінің арнайылығы 99%, сезімталдығы 97-100%. Сілекейде және зәрде ЦМВ ДНҚ-ның болуы, қанда геномның жоқтығы инфекциялық процестің айқын белсенділігінсіз вирустың тұрақтылығын көрсетеді. Ана сүтіндегі цитомегаловируспен сілекей үлгісінің «ластануы» мәселесі талқылануда, сондықтан қолданыстағы ұсыныстар тамақтанудан кейін 60-90 минуттан кейін талдауды алуды ұсынады. Емшекпен емізуді ескере отырып, жалған оң нәтижелердің жиілігі төмен (0,03% - 0,14%). Туа біткен ЦМВИ мәселесі бойынша бейресми халықаралық топтың ұсынымдары (2015) ерте анықтау және уақтылы алдын алу үшін, сенсорлық есту қабілетінің жоғалуын және дамудың кешігуін емдеу мақсатында ЦМВИ-ға әмбебап неонаталдық скрининг мүмкіндігін қарастыруды ұсынады [3].

Есту қабілетінің жоғалу қаупі бар балаларды анықтау үшін барлық жаңа туған нәрестелерде ЦМВ-ға ПТР скринингін қолданудың экономикалық тиімді екендігі көрсетілді [12,13].

Қорытынды. ЦМВ инфекциясының клиникалық диагностикасы ЦМВИ клиникалық көріністерінің әртүрлілігіне байланысты өте қиын. Неврологиялық асқынулар және нейросенсорлық есту қабілетінің жоғалуы туа біткен ЦМВ инфекциясы мәселесін өте өзекті етеді. Есту қабілетінің бұзылуына байланысты абайсыздық таныту нейросенсорлық есту қабілетінің бұзылуының кеш диагностикасына әкеледі. ЦМВГ зертханалық диагностикасының күрделілігі өмірдің бірінші жылындағы балалардың, әсіресе жаңа туған нәрестелердің нақты жас ерекшеліктерін білуді талап етеді.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Fowler K. B., Boppana S. B. Congenital cytomegalovirus infection // *Semin Perinatol.* 2018; 42 (3): 149-154. DOI: 10.1053/j.semperi.2018.02.002.
2. Söderberg-Nauclér C. Indirect Effects of Cytomegalovirus // *European Haematology.* 2008; 2 (1): 64-66.
3. Khaertynova I.M., Galeeva R.K., Lazarenko O.G. et al. Gerpesvirusnye zabolevaniya i terapiya tyazhelykh form: rukovodstvo dlya vrachey [Herpesvirus disease and therapy of severe forms: a guide for physicians]. Kazan: MeDDok, 2011. 156 p.5. Керимова Ж.Н. Клиническая структура манифестных форм цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста и эффективность противовирусной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — ПИУВ, Саратов. — 2009. — 27 с.
4. Орехов К.В., Голубева М.В., Барычева Л.Ю. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. — *Детские инфекции.* — 2004. — № 1. — С. 49-55
8. Griffiths P.D. Strategies to prevent CMV infection in the neonate. *Semin Neonatol.*, 2002; 7: 4: 293-299. 9. Wen L.Z., Xing W., Liu L.Q. et al. Cytomegalovirus infection in pregnancy. *Int. J Gynaecol Obstet.*, 2002; 79: 2: 111-116
5. Gupta P., Suryadevara M., Das A. Cytomegalovirus-induced hepatitis in an immunocompetent patient // *Am J Case Rep.* 2014; 15: 447-449. DOI: 10.12659/AJCR.890945. PMID: 25325934; PMCID: PMC4206484.
- 6.. Шахгильдян В.И. Врожденная цитомегаловирусная инфекция: актуальные вопросы, возможные ответы // *Неонатология: новости, мнения, обучение.* – 2020. – Т. 8. – № 4. – С.61-63.
- 7.Шахгильдян В.И., Александрова Е.П., Козырина Н.В. и др. Цитомегаловирусная инфекция у беременных и новорожденных: эпидемиологический анализ, новые подходы к диагностике и лечению // *Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение.* – 2020. – Т. 8. – № 2. – С. 80 – 94.
8. Kotton C. N., Kumar D., Caliendo A. M., et al. The third international consensus guidelines on the management of cytomegalovirus in solid-organ transplantation // *Transplantation.* 2018; 102 (6): 900-931.
- 9.Rawlinson W. D., Boppana S. B., Fowler K. B., Kimberlin D. W. et al. Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy // *Lancet Infect Dis.* 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30143-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30143-3).
- 10..Noor A., Panwala A., Forouhar F., et al. Hepatitis caused by herpes viruses: a review // *J Dig Dis.* 2018; 19 (8): 446-455.
11. Whitley R.J. Congenital cytomegalovirus and neonatal herpes simplex virus infections: to treat or not to treat? // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2019. – V. 38. – P. 60 – 63
12. Fowler K.B., Boppana S B. Congenital cytomegalovirus infection // *Semin. Perinatol.* – 2018. – V. 42. – № 3. – P. 149 – 154. 25.
- 13.Kabani N., Ross S.A. Congenital cytomegalovirus infection // *The Journal of Infectious Diseases.* – 2020. – V. 221. – Issue Supplement 1. – P. S9 – S14.



УДК: 615.95-008.444.33

ҚАТЕРЛІ ІСІК ДАМУЫНДАҒЫ СЕМІЗДІКТІҢ РӨЛІ

Алимхан Аида Ерланқызы

КеАҚ «Қарағанды Медицина Университеті» «Жалпы Медицина» мамандығының

3 курс студенті

Ғылыми жетекші- Абдикадинова Хамида Рахимовна,

КеАҚ «Қарағанды Медицина Университеті» Физиология кафедрасының

қауымдастырылған профессоры, м. ғ. к.,

Қарағанды, Қазақстан

Аннотация: Бұл мақалада адам ағзасында қатерлі ісіктің пайда болуындағы семіздіктің рөлі туралы айтылады. Қазіргі таңда семіздік көптеген аурулардың басты себепшілерінің бірі болып табылады.

Түйін сөздер: қатерлі ісік, семіздік, ИМТ, сүт безінің қатерлі ісігі

Соңғы жылдары семіздік айтарлықтай өсті және алдағы онжылдықтарда одан да артады деп болжануда. Семіздік кейбір ісіктердің пайда болуында маңызды рөл атқаратын фактордың бірі болу мүмкіндігі жоғары. Пайда болуы мүмкін ісіктердің кең таралғандары: колоректальды, постменопаузальды сүт безі мен эндометрия қатерлі ісігі. Қатерлі ісік ауруының тағы бір маңызды қауіп факторы-қартаю. Ұлттық денсаулық және тамақтану сараптамасының (NHANES) деректері семіздік деңгейі 2012 жылы бүкіл әлем бойынша шамамен 2 миллиард ересек адам болғанын көрсетеді. Алдағы 20 жылда семіздік деңгейі артады деп болжануда. 2048 жылға қарай ересектердің 80%-дан астамы артық салмақ немесе семіздікке ұшырайды деп күтілуде. Халық арасында семіздіктің өсуі қатерлі ісіктің пайда болуына қалай әсер ететінін тереңірек түсіну терапевтік араласуда маңызды болады. Бұл шолуда мен семіздіктің және қатерлі ісік қаупі арасындағы күрделі өзара әрекеттесулер туралы соңғы зерттеулерді қорытындылаймын.

Зерттеудің мақсаты:

- Семіздік пен қатерлі ісік арасындағы байланысты анықтау
- Жасалған зерттеулер мен дәлелдемелерді қорытындылау

Материалдар мен зерттеу әдістері:

Бірнеше зерттеулерді қамтиды. Олар: Мета-талдау сүт безі қатерлі ісігімен ауыратын 200 000-нан астам пациентті қамтитын 82 зерттеу жүргізілге, АҚШ-тағы 50-79 жас аралығындағы 58 000 постменопаузадағы әйелдерді қамтитын үлкен перспективалық когорттық зерттеу нәтижелері, сүт безі қатерлі ісігінің I–III сатысы бар 2437 әйелді стандартты күтімге немесе майы аз диетаға рандомизациялады, Neuhouser және басқалардың зерттеуі бес жыл ішінде тіркелген 67142 постменопаузальды әйелдердің (WHI) клиникалық зерттеулерінің деректерін пайдалана отырып ИМТның ісікке әсерін зерттеді, 5,24 миллион адамды және 22 қатерлі ісік түрінің 166 955 жаңа жағдайын қамтыған үлкен популяциялық зерттеу Мендельдік рандомизацияны қолданған.

Нәтижелер зерттеу және талқылау:

Семіздікті қатерлі ісіктің дамуымен байланыстыратын ықтимал механизмдер ретінде көптеген гипотезалар ұсынылды. Біріншіден, қабынуға қарсы цитокиндер ісік жасушаларының пролиферациясын, ангиогенезді және сау жасушалардың инвазиясын күшейтіп, алыстағы органдарға метастаз бере алады. Мысалы, сүт безі қатерлі ісігінде семіздікпен ауыратын науқастарда ісік некрозының факторы (TNF-альфа) және интерлейкин (IL-6) сияқты цитокиндердің жоғары деңгейі ісік прогрессімен оң корреляцияға ие. Екіншіден, май тінінен алынатын гормондар болып табылатын



адипонектин және лептин сияқты адипокиндер қатерлі ісіктің пайда болуында маңызды рөл атқаруы мүмкін. Адипонектин глюкоза алмасуын және май қышқылдарының тотығуын реттейді. Үшіншіден, қан сарысуындағы эстроген деңгейінің жоғарылауымен байланысты, өйткені эстроген өндірісі май тініндегі ароматаза белсенділігі арқылы андрогендердің перифериялық ароматизациясы арқылы артады. Артық эстроген ДНҚ зақымдануы, ангиогенез және жасуша пролиферациясы арқылы ісіктің дамуына ықпал етуі мүмкін.

Жүргізілген мета-талдау сүт безі қатерлі ісігімен ауыратын 200 000-нан астам пациентті қамтитын 82 зерттеуді қоса алғанда, семіз әйелдер арасында жалпы және қатерлі ісікке байланысты өлім-жітім салмағы қалыпты әйелдермен салыстырғанда жиірек кездесетінін көрсетті. Бірнеше зерттеулер семіздікке шалдыққан науқастарда сүт безінің ісіктері үлкенірек екенін көрсетті, ал кейбір зерттеулер сүт безі қатерлі ісігі ұсынылған кезде анағұрлым озық сатыда болуы мүмкін екенін көрсетті.

Сондай-ақ, АҚШ-тағы 50-79 жас аралығындағы 58 000 постменопаузадағы әйелдерді қамтитын үлкен перспективалық когорттық зерттеу жүктілік кезінде дене салмағының 5% немесе одан да көп бөлігін жоғалтқан әйелдер арасында семіздікке байланысты қатерлі ісік ауруының айтарлықтай төмендегенін анықтады. Бариатриялық хирургия арқылы қол жеткізілген салмақ жоғалту 3,5 жылдық бақылаудан кейін семіздікке байланысты қатерлі ісіктердің шамамен 40% төмендеуімен байланысты екендігі көрсетілген. Қатерлі ісік қаупінің кейбір төмендеуі салмақ жоғалтуға емес, өмір салтын оңтайландыруға және диета және физикалық белсенділік сияқты мінез-құлық факторларының өзгеруіне байланысты болуы мүмкін екенін есте ұстаған жөн. Әйелдердің тамақтануына араласу зерттеуі сүт безі қатерлі ісігінің I–III сатысы бар 2437 әйелді стандартты күтімге немесе майы аз диетаға рандомизациялады. Интервенция тобы орташа есеппен 6 фунт дене салмағын жоғалтты және 5,6 жылда стандартты күтім тобымен салыстырғанда рецидивсіз, аурусыз өмір сүру араласу тобында жоғарырақ болды [1].

Зерттеулер барысында ИМТ семіздік көрсеткіші ретінде қолданылған, салмақтың шаршы метрдегі биіктікке ($\text{кг}/\text{м}^2$) бөлінуі ретінде есептелді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы анықтаған ИМТ санаттары келесідей: артық салмақ ($25,0\text{--}29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$), семіздік I класы ($30,0\text{--}34,9 \text{ кг}/\text{м}^2$), семіздік II класы ($35,0\text{--}39,9 \text{ кг}/\text{м}^2$) және III дәрежелі семіздік ($\geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$). WHI клиникалық сынақ деректерін пайдалана отырып, бұл зерттеу қалыпты ИМТ ($18,5\text{--}24,9$) бар постменопаузадағы әйелдерді зерттеді. Қалыпты ИМТ-ге қарамастан, дене майының жоғары деңгейі сүт безі қатерлі ісігінің қаупінің жоғарылауымен байланысты екендігі анықталды. Қалыпты ИМТ бар әйелдерде сүт безі қатерлі ісігінің қаупі дене майының әрбір 5 кг ұлғаюғанда 56% -ға артады. Атап айтқанда, бұл әйелдерде ER-оң сүт безі обыры жиілігінің жоғарылауы анықталды. Осы зерттеуге сүйене отырып, авторлар ИМТ қорытындысы бойынша артық салмағы бар және семіз әйелдерде сүт безі қатерлі ісігінің қаупін бағалау үшін пайдалы болғанымен, ИМТ санаттары қалыпты ИМТ бар постменопаузадағы әйелдерде тәуекелді бағалау үшін нашар көрсеткіш болуы мүмкін деген қорытындыға келді.

Американдық қатерлі ісік қоғамы жыл сайын сүт безі қатерлі ісігінің 26 780 жағдайы артық дене салмағымен байланысты екенін хабарлады. Neuhouser және басқалардың зерттеуі бес жыл ішінде тіркелген 67 142 постменопауздық әйелдердің (WHI) клиникалық зерттеулерінің деректерін пайдаланды. Бұл зерттеудің нәтижелері артық салмағы бар және семіз әйелдердің қалыпты салмақтағы әріптестерімен салыстырғанда инвазиялық сүт безі қатерлі ісігінің қаупі жоғары екенін көрсетті. ИМТ жоғарылауы мен сүт безі қатерлі ісігінің қаупі арасында анықталған байланыс бар болса да, ИМТ жоғарылауымен байланысты нақты қауіп нақты сандық түрде анықталмаған. Neuhouser және басқалардың зерттеуінде ИМТ $>35 \text{ кг}/\text{м}^2$ әйелдерде қатерлі ісік ауруының пайда болуында 58%-ға жоғары тәуекел бар екендігі айтылады. Тағы бір зерттеу бұл қатынасты сандық түрде анықтауға тырысты және ИМТ-нің әрбір 5 $\text{кг}/\text{м}^2$ ұлғаюы үшін сүт безі қатерлі ісігінің аурушандығының 2%-ға артуын болжайды.

Постменопаузадағы әйелдердегі семіздік пен сүт безі обыры арасындағы байланыстың басым теориясы бүйрек үсті безінің андрогендерін эстроген адипоциттеріне ароматизациялау болып табылады. Осы теорияға сәйкес, артық салмағы бар/семіз әйелдердегі эстроген



рецепторлары-оң сүт безі обырымен байланысы және ER-теріс сүт безі обырымен байланысы бар деп болжанады. Семіздікке шалдыққан адамдарда май тінінен глицерин, гормондар және қабынуға қарсы цитокиндердің жоғары деңгейі шығарылады, бұл май тінінің реттелуінің бұзылуына және тотығу стрессіне әкеледі. Тотығу стрессі сигнал беретін ақуыздардың трансляциядан кейінгі модификациясына және ақыр соңында инсулинге төзімділікке әкеледі. Инсулинге төзімділік глюкозаны пайдаланудың бұзылуына және гипергликемияның метаболикалық салдарына әкелуі мүмкін. Сүт безі май жасушаларына бай, олар семіздік кезінде байқалатын реттелудің бұзылуы кезеңдерінде тіндердің зақымдалуын тудыратын және қатерлі ісіктің дамуын күшейтетін әртүрлі қабыну медиаторларын шығарады. Адипоциттердің реттелуінің бұзылуы гипергликемияға әкеледі. Гипергликемия ісік пайда болу үшін қолайлы жағдайды сақтайды, өйткені рак клеткалары глюкозаны аэробты гликолиз үшін пайдаланады, бұл көрші ісік емес жасушаларды тиімді ығыстырады [2].

Кейбір аторлардың зерттеуінше, 5,24 миллион адамды және 22 қатерлі ісік түрінің 166 955 жаңа жағдайын қамтыған үлкен популяциялық зерттеу ИМТ мен ісіктер арасындағы күшті байланысты растады. Мендельдік рандомизацияны қолданатын зерттеулерге сәйкес, семіздіктің жоғарылауы аналық без, өңеш, асқазан, ұйқы безі, бүйрек, колоректальды, эндометрия және басқа да қатерлі ісіктердің даму ықтималдығымен байланысты. 204 жүйелі шолулар мен мета-талдаулардың ауқымды шолуы дененің артық майы мен қатерлі ісік қаупі арасындағы байланысты зерттеді және ерлердегі колоректальды обырдың 56% дейін артуын хабарлады. ИМТ әрбір 5 кг/м² ұлғаюымен өт жолдарының қатерлі ісігінің қаупін арттырады. Ешқашан гормон алмастыру терапиясын қабылдамаған әйелдерде постменопаузадан кейінгі сүт безі обырының даму қаупі ересек жаста қосқан әрбір 5 кг салмақ үшін 11% артады [3].

Қорытынды: Сонымен осы жұмысымызды қорытындылай келе, семіздік – ауыр созылмалы аурулармен және кейбір қатерлі ісіктермен, сондай-ақ аурушандық пен өлімнің жоғарылауымен байланысты ең үлкен, бірақ алдын алуға болатын жаһандық денсаулық дағдарысының бірі. Семіздікке шалдыққан науқастарда қатерлі ісікке байланысты емделудің эффективтілігінің төмендеуіне және асқынулардың жоғарылауына әкелуі мүмкін. Жастың ұлғаюы қатерлі ісік ауруының ең күшті факторларының бірі болғанымен, семіздік деңгейінің артуына байланысты, жастардың арасында қатерлі ісік ауруы көбейгендігі туралы дәлелдер бар. ИМТ сияқты өлшемдер дәл болмаса да, менопаузадан кейін өзгертін сүт безі қатерлі ісігінің қаупі тенденциясы сақталады. Қатерлі ісіктердің әртүрлі түрлерінің ішінде сүт безі, тоқ ішек, эндометрия, өңеш, ұйқы безі, бүйрек, бауыр, асқазан, өт қабы, аналық без және қалқанша безінің қатерлі ісігі, сонымен қатар көп миелома және менингиома семіздікпен қатты байланысты. Сондай ақ дәлелдемелер семіздік қатерлі ісік қаупінің жоғарылауымен ғана емес, сонымен қатар қатерлі ісіктің ерте кезеңдерінде қайталану қаупін арттыруы және нашар нәтижелерге әкелуі мүмкін екендігін дәлелдейді. Бұл бақылаулар егде жастағы және жастар мен ересектердегі семіздікке қарсы күресті онкологиялық ауруларды азайту мақсатында ертерек бастаудағы маңыздылығын көрсетеді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Judy K. Qiang, Lorraine L. Lipscombe. Association between diabetes, obesity, aging, and cancer: review of recent literature. Transl Cancer Res. 2020 Sep; 9(9): 5743–5759. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8797908>
2. Ira Glassman,1 Nghia Le, Aamna Asif, Anabel Goulding. The Role of Obesity in Breast Cancer Pathogenesis. Cells. 2023 Aug; 12(16): 2061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10453206>
3. Sukanya Pati, Wadeed Irfan, Ahmad Jameel, Shahid Ahmed. Obesity and Cancer: A Current Overview of Epidemiology, Pathogenesis, Outcomes, and Management. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9857053>



ҚЫЗЫЛША АУРУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ КЕЗІНДЕГІ МЕЙІРБИКЕНІҢ РӨЛІ

Г.Қобландина, Г.Терекова

ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәншүк Мәметова атындағы Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі», Арнаулы пән оқытушылары.

Ақтөбе, Қазақстан

Аннотация: Қазіргі уақытта ең көп таралған инфекциялардың бірі – қызылша. ДДҰ мәліметтері бойынша жыл сайын әлемде қызылшаның шамамен 30 миллион жағдайы тіркеледі. Оның 500 мыңға жуығы өліммен аяқталады. Бірақ айта кету керек, егер бұрын қызылша әдетте балалар ауруы болса, қазір ол ересек тұрғындарда жиі тіркеледі. Бұл факт келесі тармақтармен түсіндіріледі:

- берілген инфекцияға өте жоғары сезімталдық;
- ерте балалық шақта жасалатын міндетті екпелер және одан кейінгі жоспарлы ревакцинациялар балаларды сенімді қорғайды, бірақ ересектерді емес;
- өте жоғары жұқпалы;
- инкубациялық кезеңнің соңында науқастар басқаларға жұқпалы болады. Барлық елдерде қызылшадан айтарлықтай экономикалық шығындар байқалады. Олар эпидемиялық өршудің жиілеуімен, байланыстарды ұзақ уақыт оқшаулау қажеттілігімен және науқастарды емдеуге кететін шығындармен түсіндіріледі. Соңғы жылдары қызылшаның баяу инфекциялармен байланысы туралы нақты дәлелдер пайда болды. Сондай-ақ, қызылша ұзақ мерзімді иммуносупрессия нәтижесінде басқа аурулардың ағымын күрт ауырлататыны анықталды.

Кілттік сөздер: қызылша, вакцинация, ревакцинация, медбике, инфекция, профилактика.

Қызылшамен емдеудің нақты әдісі жоқ, сондықтан бұл аурудың алдын-алу шараларын уақтылы қабылдау қажет. Қызылшаның алдын-алудың негізгі және тиімді құралы-вакцинаның алдын-алу. Қазақстан Республикасында өз сипаттамалары бойынша ДДҰ-ның барлық талаптарына сәйкес келетін ел аумағында тіркелген вакциналар қолданылады. Вакцинация профилактикалық егулердің ұлттық күнтізбесіне сәйкес жоспарлы тәртіппен жүргізіледі, ол препараттарды енгізу мерзімдерін регламенттейді және бүкіл халықты жоспарлы вакцинациялауды көздейді. Балаларға вакцинация 1 жаста және 6 жаста жасалады. Егер вакцинация уақтылы жүргізілмесе немесе қызылшаға қарсы екпелер туралы ақпарат болмаса, онда ол ересектерге де 3 ай айырмашылықпен 2 кезеңде жүргізіледі. Қызылшаға қарсы Вакцинация 35 жасқа дейінгі (қоса алғанда), ауырмаған, вакцинацияланбаған, бір рет егілген, қызылшаға қарсы екпелер туралы мәліметтері жоқ ересектерге көрсетіледі.

Бұдан басқа, қызылшаға қарсы егуді 36 жастан 55 жасқа дейінгі (қоса алғанда) тәуекел тобына жататын ересектер (Медициналық және білім беру ұйымдарының, сауда, көлік, коммуналдық және әлеуметтік сала ұйымдарының қызметкерлері), ауырмаған, егілмеген, бір рет егілген, қызылшаға қарсы егулер туралы мәліметтері жоқ ересектер жүргізуі тиіс.

Вакцинаны екі рет енгізгеннен кейін, қызылшамен ауырғаннан кейінгі сияқты, 95% жағдайда бұл инфекцияға тұрақты ұзақ мерзімді иммунитет қалыптасады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, соңғы жылдары әлемнің көптеген елдерінде қызылша ауруы байқалды. Сонымен, қызылша ауруы Қазақстаннан бөлек Украинада, Арменияда, Грузияда, Қырғызстанда, Тәжікстанда, Беларусьияда, Румынияда, Боснияда, Бельгияда, Италияда және басқа да бірқатар елдерде тіркелді. Негізінен балалар мен жасөспірімдер ауырады. Науқастардың 88% - ы ешқашан қызылшаға қарсы егілмеген.



Соңғы бес жылда қызылшаны жыл сайын 30-40 миллион бала, сондай-ақ ересектер алады. 800 мыңнан астам адам қаза табады.

ДДҰ сарапшылары түсіндіргендей, өршу негізінен балалардың COVID-19 пандемиясы кезінде иммундаудың жоспарлы дозасын өткізіп алуымен түсіндіріледі: Қазақстанда тіркелген қызылша жағдайларының 65 пайызы бес жасқа дейінгі балаларға тиесілі, дәл осы жаста әдетте қызылшаға қарсы жоспарлы егулер жасалады.

Мақсаты: қызылшамен ауруына профилактикалық көмек көрсетуді ұйымдастыруда және жүргізуде мейірбикенің кәсіби және жалпы құзыреттерін анықтау.

Міндеттері:

1. қызылша тақырыбы бойынша қазіргі әдебиеттерге теориялық талдау жүргізу;
2. қызылшамен ауыратын науқастарға күтім жасау мен профилактикалық көмек көрсетуді ұйымдастыру мен жүргізудегі мейірбикенің кәсіби және жалпы құзыреттерін анықтау;
3. әлемде, ҚР-да және Ақтөбе облысында қызылшаның таралуының статистикалық деректерін талдау;
4. Қызылша ауруына профилактикалық іс шараларды жүргізудегі мейірбикенің рөлі туралы пациенттер арасында сауалнама жүргізу.

Зерттеу әдістері: Социологиялық зерттеу жүргізілді, Ақтөбе қаласындағы ШЖҚ Облыстық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы МКҚК базасында пациенттерге сауалнама жүргізу арқылы сауалнамаға стационарлық емделуде болған түрлі диагноздары бар 50 пациент қатысты. Респонденттердің арасында 30 ер адам және 20 әйел бар.

Зерттеу материалдары:

Жүргізілген зерттеу нәтижелері бойынша қызылшаның алдын алуға бейімділігі және осы тұрғыда медбикенің рөлін қабылдау бағаланды.

➤ Медициналық көмекке жүгіну жиілігі:

Респонденттердің көпшілігі үнемі медициналық көмекке жүгінеді, бұл өз денсаулығына қамқорлық жасаудың маңыздылығын көрсетеді. Алайда, аз ғана үлес ешқашан айналысқа түспеген, бұл білім беру жұмысын күшейту қажеттілігін көрсетуі мүмкін.

➤ Қызылшаға қарсы вакцинацияның маңызы:

Респонденттердің көпшілігі қызылшаға қарсы вакцинацияны алдын алудың негізгі элементі деп санайтыны анық. Бұл вакцинацияның маңыздылығы туралы ақпараттық жұмыстың сәттілігін көрсетеді.

➤ Медбикенің хабардарлығы:

Медбикенің хабардарлығы жоғары бағаланады, бұл оң. Алайда, респонденттердің үлесі әлі де бар, олар хабардарлықты төмен деңгейде деп санайды, бұл қосымша оқудың қажеттілігін көрсетуі мүмкін.

➤ Медбикенің білім беру жұмысына белсенді қатысуы:

Сауалнамаға қатысқандардың едәуір бөлігі мейірбикенің білім беру жұмысына белсенді қатысуын қолдайды, бұл қоғамның вакцинацияның маңыздылығы туралы хабардар болуына ықпал етуі мүмкін.

➤ Медбике ұсынған алдын алу әдістері:

Вакцинация, ақпараттық материалдар, дәрістер мен семинарларды қоса алғанда, алдын-алудың қолайлы әдістері көрсетілген. Бұл медбикенің профилактикалық денсаулық сақтауды қамтамасыз етудегі көпфункционалды тәсілін көрсетеді.

➤ Медбикенің тиімді жұмысына кедергі келтіретін факторлар:

Пациенттер туралы ақпараттың жеткіліксіздігі, мифтер мен шектеулі ресурстар қызылшаның тиімді алдын-алуға кедергі болатын факторлар ретінде ерекшеленеді.



➤ Вакцинацияның қол жетімділігі:

Респонденттердің көпшілігі вакцинацияның қолжетімділігін жоғары деп бағалайды, бұл жақсы ұйымдастырылған бағдарламалық іс-шараларды көрсетуі мүмкін.

➤ Қызылшаның таралуын болдырмаудағы медбикенің рөлі:

Қатысушылардың көпшілігі медбикелер денсаулық сақтауда қызылшаның таралуын болдырмауда маңызды рөл атқара алады деп келіседі.

➤ Қызылша туралы хабардар болу деңгейі және оқу қажеттілігі:

➤ Пациенттердің хабардар болу деңгейін бағалау әр түрлі, бірақ көпшілігі олардың деңгейін жақсы деп санайды. Мейірбикелер үшін жүйелі оқыту идеясын қолдау бар.

Қорытынды:

Қызылша инфекциясының қазіргі аспектілерін зерттей отырып, келесі тұжырымдар жасауға болады:

1. Бұл күндері қызылша ең көп таралған инфекциялардың бірі болып қала береді;
2. Бұл ең жұқпалы аурулардың бірі;
3. Қызылшаға бейімділік жоғары, әмбебап, бірақ балалар әлі де жиі ауырады.
4. Айтарлықтай экономикалық шығындар эпидемиялық тез таралумен, пациенттерді ұзақ уақыт оқшаулау және науқастарды емдеу қажеттілігімен байланысты;
5. Әлемдік статистика қызылшамен сырқаттанушылық бойынша әлемдегі жағдай тұрақты емес екенін, барлық жерде өсуге бейім екенін растайды.
6. Қазақстан Республикасында қызылшаға қарсы вакцинация және ревакцинация белсенді жүргізілуде.
7. Қазақстан Республикасында сырқаттанушылық салыстырмалы түрде төмен, бірақ өсу үрдісі бар және жекелеген облыстарда эпидемиялық вспеттермен сипатталады.
8. Ақтөбе облысында халықты белсенді вакцинациялау және ревакцинациялау жүргізілуде.
9. Ақтөбе облысында сырқаттанушылық төмен.

Жалпы, зерттеу нәтижелері медбикенің қызылшаның алдын алудағы рөлінің маңыздылығын көрсетеді және олардың жұмыс тиімділігін арттыру үшін қолдау, оқыту және қосымша ресурстар қажеттілігін көрсетеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Воробьев, А.А. Основы микробиологии, вирусологии и иммунологии: Учебник [Текст] / А.А. Воробьев, Ю.С. Кривошеин. – Москва: Мастерство, 2014. – 224 с.
2. Елисеев, А.Г. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / А.Г. Елисеев, В.Н. Шилов. – Москва: Эксмо, 2014. – 864 с.
3. Ерофеева, Л.Г. Популярный справочник детских болезней [Текст] / Л.Г. Ерофеева, Е.М. Меняйло, И.В. Гераськина. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. – 300 с.
4. Зайцева, И.А. Корь [Электронный ресурс] / И.А. Зайцева, Е.В. Михайлова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970410004V0069.html>
5. Зрячкин, Н.И. Справочник семейного доктора [Текст] / Н.И. Зрячкин, А.П. Суворов. – Москва: Эксмо, 2016. – 1040 с.
6. Лобзин, Ю.В. Справочник по инфекционным болезням у детей [Электронный ресурс] / Ю. В. Лобзин. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. - 608 с. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/en/book/spravochnik-po-infekcionnym-boleznyam-u-detej-3604686/>
7. Малов, В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: Учебник [Текст] / В.А. Малов, Е.Я. Малова. – Москва: Академия, 2015. – 352 с.
8. Малов, В.А. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: Учебник [Текст] / В.А. Малов, Е.Я. Малова. – Москва: Академия, 2015. – 352 с.



ӘОЖ: 618.131.6-003.215:616-002.3-06-085

ӘЙЕЛДЕРДІҢ КІШІ ЖАМБАС АСТАУЫ КЛЕТЧАТКАЛЫҚ КЕҢІСТІКТЕРІНІҢ ІРІНДІ-ПРОЦЕСТЕР ТАРАЛУЫНДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Халмұрат Әсел Халмұратқызы

Жалпы медицина факультетінің 3 курс студенті

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ

Ғылыми жетекшісі: Атшабарова Сауле Шаймуратовна,

м.ғ.к қауымдастырылған профессор

Қарағанды, Қазақстан

Аннотация: Бұл мақалада әйелдердің жамбас астауы кеңістігіндегі клетчаткалық кеңістіктер және олардың жамбас астауы кеңістігіндегі маңызы туралы қарастырылады. Әйелдің жамбас астауы құрылымын тұтас түсіну акушер-гинекологтарға берілген топографиялық аймақта манипуляцияларды, операцияларды дұрыс және қауіпсіз жүргізуге көмектеседі. Әдеби дереккөздер бойынша мақалада әйелдің кіші жамбас астауының клетчаткалы кеңістіктерінің басқа аймақтармен, клетчаткалы кеңістіктермен байланысы жазылды.

Кілт сөздер: әйелдің кіші жамбас астауы, клетчаткалық кеңістіктер, адам анатомиясы, Дуглас кеңістігі, Ретция капсуласы, Амус капсуласы.

Зерттеу мақсаты: қазіргі заманауи әдебиеттерді пайдаланып әйел жамбас астауының клетчаткалық кеңістіктерімен ірінді-процестер таралу жолдарын зерттеу.

Мақала өзектілігі: қазіргі таңда әйелдер арасында кіші жамбас астауы органдарының ірінді-қабыну аурулары көптеп кездеседі және сол аурулардың асқынуы кезінде, оларға операция жасау барысында ірінді процестердің клетчаткалы кеңістік жолдары арқылы таралу қаупі де жоғары. Осындай қауіп факторлары алдын-алу мақсатында әйелдердің жамбас астауы клетчаткалы кеңістігі туралы білімнің болуының маңызы зор.

КІРІСПЕ

Клетчаткалы кеңістіктер мен кіші жамбас фасцияларының топографиялық-анатомиялық қатынастарын зерттеу құрсақ артындағы жамбас абсцесі мен флегмона ағымының ерекшелігін, ісік процестерінің таралуын болжау үшін, сондай-ақ, сәтті лапароскопиялық операция мен флегмона дренажын жасауда өте маңызды [1]. Жамбас астау қуысын дәстүрлі түрде құрсақтық, құрсақасты және шатаралық жамбас бөлімдеріне бөледі. Әйелдің жамбас астау қуысында ішперде іштің алдыңғы қабырғасынан қуыққа өтіп, көлденең қатпар түзеді, содан кейін оның жоғарғы және артқы қабырғаларын жабады. Осыдан кейін ол жатырдың алдыңғы бетіне өтіп, таяз қуық-жатыр ұңғылын құрайды, excavatio vesicouterina [2]. Жатырдың алдыңғы қабырғасын мойыннан жоғары, түбін, денесін және жатыр мойнын артқы жағынан жауып, ішперде жатыр мойнынан төмен түсіп, қынаптың артқы доғасын жауып, тік ішекке өтеді; бұл терең тік ішек-жатыр ұңғылын түзеді, excavatio rectouterina (Дуглас кеңістігі). Дуглас кеңістігінде құрсақ қынаптың артқы қоймасына жататындығына байланысты, ол арқылы құрсақ қуысының төменгі қабатында сұйықтықтың (қан, ірің, асциттік сұйықтық және т.б.) жинақталуын пальпация арқылы анықтауға болады [3].

НЕГІЗІ БӨЛІМ: Кіші жамбас астауының құрсақасты бөлімінде клетчаткалық кеңістіктер орналасқан, олардың арасында висцеральды және париетальды клетчаткалық кеңістіктерді ажыратамыз. **Висцеральды клетчаткалық кеңістіктер** - бұл органның қабырғасы мен висцеральды фасция арасындағы саңылаулар, оларда майлы жасушаның



азды-көпті айқын қабаты бар және ағзаға сәйкес келетін тамырлар мен нервтер орналасқан. Тиісінше, висцеральды фасцияны қоршап тұрған органға сай қуықмаңы, қынапмаңы, жатырмаңы және тікішекмаңы клетчаткалы кеңістіктері бар[4]. **Жатырмаңы клетчаткалы кеңістігі**-жатырдың кең байламы жапырақшалары арасында орналасқан, әсіресе төменгі бөлімде анық байқалады. Жатыр мойыны алды, жатыр мойын арты, екі бүйір жатырмаңы клетчаткалы кеңістіктері ажыратылады. Жатыр мойны арты клетчаткасының келесідей байланыстары арқылы:

- 1) тік ішек-жатыр ұңғылына өтеді;
- 2) шап каналы арқылы санның алдыңғы бетіне;
- 3) несеппағар бойымен құрсақарты кеңістікке;
- 4) алмұрт үсті және асты тесіктері арқылы бөксе аймағына;
- 5) әлсіз фасциялық қалқалар арқылы сегізкөз және қасағарты кеңістігіне;
- 6) жатырдың дөңгелек байламы бойымен шап каналының терең саңылауына, іштің алдыңғы қабырғасына, мықын шұңқырына, құрсақарты кеңістіктің клетчаткасына дейін өтеді.

Бүйірлік жатырмаңы кеңістік байланысады:

- 1) бүйір жағынан кіші жамбас қабырғасы бойымен және жатырдың кең байламдарының негіздері, жамбас бүйір клетчаткалы кеңістігі бар жатыр тамырларының бойымен — үлкен жамбастың париетальды клетчаткасымен [5];
- 2) жоғарғы жағында жатырмаңы клетчатка құрсақарты клетчаткамен, бүйір және артқы жағынан, үстіңгі және астыңғы алмұрт тәрізді тесік арқылы — бөксе аймақтың клетчаткасымен;
- 3) жатырдың дөңгелек байламы бойымен-шап каналының ішкі саңылауымен және одан әрі іштің қабырғасының алдыңғы клетчаткасымен және жамбастың алдыңғы аймағымен байланысады[2][5].

Қынапмаңы клетчаткасы қуық-жатыр, қуық-қынап байламында орналасқан және қынаптың алдыңғы қабырғасына жақын орналасады. Байланыстары:

- 1) алдынан- қуықмаңы клетчаткасымен;
- 2) артқы жағында-тік ішекпен;
- 3) бүйірлік-бүйірлік клетчаткалық кеңістіктермен;
- 4) жоғарыдан- жатырмаңы клетчаткасымен.

Қуықмаңы клетчаткасы висцеральды фасция (Ретция капсуласы) мен органның қабырғасы арасында орналасады және қуықты дәнекер тінінің қабаты ретінде қоршайды. Несепқуық тамырлары бойымен қуықмаңы клетчатка жамбастың бүйірлік қабырғалық кеңістігімен байланысады, содан кейін құрсақалды клетчаткаға ауысады. Әйелдердегі қуықмаңы клетчатка артқы бөліктері жатырмаңы висцеральды клетчаткасымен байланысады.

Тікішек маңы клетчаткалық кеңістігі тік ішектің фасциалдық футлярында (Амус капсуласы) орналасқан. Байланыстары: 1) қабырғалық тік ішек арты кеңістігімен;

- 2) сигма тәрізді ішектің шажырқайлық клетчаткасымен және құрсақарты клетчаткамен - жоғарғы тік ішек артерия мен веналары бойымен (a. et v. rectales superiores);
- 3) жамбастың бүйір клетчаткалы кеңістігімен- ортаңғы тікішек артерия, веналары бойымен;
- 4) фасциялық футляр мен талшықтар бұзылған кезде шонданай-тік ішек шұңқырымен (fossa ischiorectales) байланыса алады [6].

Кіші жамбас астауы мүшелері ортаңғы аймақта орналасқан және жамбас қабырғаларымен тікелей байланыста болмайды, олардан клетчаткалы париетальды кеңістіктердің қабаттарымен бөлінген. Париетальды кеңістіктер париетальды фасция бөліктері мен органдардың висцеральды фасциясы арасында орналасқан. Әйелдің кіші жамбасының перитонеальды қабатында келесі париетальды клетчаткалы кеңістіктер сипатталған: қасағарты (несепқуықалды), екі бүйір және сегізкөзалды (тікішекарты)[4]. Қасағарты клетчатка кеңістігі, *spatium retropubicum*, париетальды фасция мен қуықтың



висцеральды фасциясы арасында орналасқан. Байланыстары:

- 1) санның алдыңғы тері астындағы шел май қабатымен (сан сақинасы арқылы);
- 2) санның медиальды бұлшықет тобын қоршайтын клетчаткамен;
- 3) іштің алдыңғы қабырғасының құрсақалды клетчаткасымен;
- 4) кіші жамбас астауының бүйір клетчаткалы кеңістігімен;
- 5) қуықалды фасция, қуықтың фасциялық футляры мен париеталды ішперде зақымдалуы кезінде-бос құрсақ қуысымен байланысады[1].

Бүйір қос клетчаткалы кеңістік жатырдың жалпақ байламы жапырақшалары арасында орналасқан жатырмаңы висцералді клетчаткалы кеңістікпен байланысады.

Пельвиоректальды талшықты кеңістік ануысты көтеретін бұлшықеттің жоғарғы беті мен тік ішектің висцеральды фасциялық капсуласының сыртқы беті арасында орналасқан.

Пельвиоректальды талшықты кеңістік:

- 1) жамбас түбінің ішпердесі арқылы құрсақ қуысымен;
- 2) жоғары бағытта құрсақарты кеңістікпен байланысады.

Сегізкөз алды (тік ішекарты) клетчаткалық кеңістігі байланыстары:

- 1) жоғарыдан-құрсақарты клетчаткалық кеңістікпен және бүйірлік клетчаткалық кеңістіктермен жоғарғы ректальды артериялар мен тамырлар арқылы;
- 2) төменгі жағында-кіші жамбастың төменгі этажімен, шатаралық аймағымен байланысады[1].

ҚОРЫТЫНДЫ: Әйел кіші жамбас астауы клетчаткалы кеңістігін және олардың мазмұнын білу лапароскопиялық операцияларды, флегмон дренажын сәтті, қауіпсіз өткізу үшін және висцералді, париеталді клетчаткалы кеңістіктер байланыстары бойымен іріңді-қабыну процестерінің таралуын анықтау және ісіктің одан әрі дамуын болжау үшін көмек береді. Клетчаткалы кеңістіктер туралы білім іріңді процесстердің таралу қаупі бар аймақтардың бүтіндігін сақтауға жағдай жасайды, сондай-ақ, акушер-гинекологтарға кіші жамбас астауында өткізілетін операция, манипуляцияларды дұрыс жүргізуге нұсқаулық ретінде көмектеседі.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Наталья Рафаиловна Карелина, Алена Сергеевна Уварова, Аида Равильевна Хисамутдинова, Марина Аркадьевна Зимина, Линард Юрьевич Артюх КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА ЖЕНСКОГО МАЛОГО ТАЗА 2022;
<https://cyberleninka.ru/article/n/kletchatochnye-prostranstva-zhenskogo-malogo-taza/viewer>
2. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности: мышцы и фасции (лекция). Российские биомедицинские исследования. 2020; 5(3): 44–58.
<https://cyberleninka.ru/article/n/kletchatochnye-prostranstva-malogo-taza-zhenschiny/viewer>
3. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная 6. хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов: в 2 т. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
4. Уварова А.С. Клетчаточные пространства малого таза женщины 2019.
5. Карелина Н.Р., Ким Т.И. Перинеология. Анатомия промежности: сосуды, нервы, топография (лекция). Российские биомедицинские исследования. 2020; 5(4): 28–39.
6. Островерхов Т.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М.: Медицина; 1996.



СОДЕРЖАНИЕ CONTENT

КУРАКБАЕВ ЕДИЛ БЕКБАЕВИЧ (АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН) ОБЩАЯ СОВОКУПНОСТЬ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	3
ҚҰДАЙБЕРГЕНОВА АРАЙЛЫМ ҮСЕНҚЫЗЫ (АСТАНА, КАЗАХСТАН) СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	8
ХОЩАНОВ ЕРЖАН ЕРЛАНОВИЧ, МАРАТОВА ТОЛҒАНАЙ, ИСАБЕКОВА АҚБОТА, ЖУНУСБЕКОВА САЛТАНАТ, ҚАБДУАХИТ АЙГЕРІМ, ҚАЛЫБАЙ АРАЙЛЫМ, ТЫНЫСОВА АИДА (АСТАНА, КАЗАХСТАН) ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	10
ТЕБЕНОВА ГУЛЬМИРА МУХАМЕДИЕВНА, ДАРИБАЕВ ТАЛГАТ ТАЖИБАЕВИЧ, БЕЙСЕБЕКОВ МУКАН НАГИМЖАНОВИЧ, ГАБЖАЛИЛОВ ЖУМАГАЛИ ПОЛАТОВИЧ МЕЙРАМГАЛИЕВ СЕРЖАН УРАЗМОЛДАЕВИЧ, ТЛЕШЕВ МАДИ БЕРИКУЛЫ (АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН) КОСТНОЗАМЕЩАЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ. ОБЗОР, ХАРАКТЕРИСТИКА	12
ТУЛЕМИСОВА АЙСУЛУ АБДУЛЛАКЫЗЫ, САГАНДЫКОВА ГАУХАР АКЫЛБАЕВНА, НУРМАХАН НАЗЕРКЕ СӘКЕНҚЫЗЫ, ОМИРЗАКОВА НАЗЕРКЕ ЖҰМАДІЛҚЫЗЫ, НАҒЫЙ ГҮЛФАЙРУЗ НАҒЫЙҚЫЗЫ (АСТАНА, КАЗАХСТАН) НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА	16
САРМАНОВА НАҒИМА МУСРЕТУЛЛАЕВНА, АЛИМОВА ЮЛДУЗ УЛУГБЕКҚЫЗЫ, МУРОДОВА ЭСМИРА АНВАРОВНА, ӘБДІБЕК АБЛАЙХАН БАУЫРЖАНҰЛЫ, СУЛТАНЖАНОВ ЖАВОХИР ХАСАНЖОНҰЛЫ (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ АЛДЫН-АЛУЫ МЕН ЕМДЕУ МАҚСАТЫМЕН МАЙ АЛМАСУЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫН КОРРЕКЦИЯЛАУ ҮШІН ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ГИПОЛИПИДЕМИЯЛЫҚ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ	20
ТОКСАМБАЕВА АЙГЕРІМ БАТЫРОВНА (АСТАНА, ҚАЗАХСТАН) ЭПИДЕМИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ: ПОНИМАНИЕ МАСШТАБОВ ПРОБЛЕМЫ ..	23
МУСИН ДАУРЕН СЕРГЕЕВИЧ (АСТАНА, КАЗАХСТАН) УЛУЧШЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	28
МУЗАФФАРОВ МУЗАФФАР ЖҰРАХОН ҰҒЛИ, КИТАЙБЕКОВ СУЛТАНБЕК МАРАТОВИЧ, МАХМУДОВА МАРЬЯМ ХАЙИТОВНА, ХУДАЙБЕРГАНОВ АНАТОЛИЙ САГАТБАЕВИЧ (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) РОЛЬ ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НУТРИОМИКИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	37
АЙШЫБЕК АЯУЛЫМ (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ФОТНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ	39
РАҚЫМЖАН АЙЗАДА НҰРЛАНҚЫЗЫ (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ	42
Т.А. ПЕТРОВСКАЯ, Ф.А. ГАЛИЦКИЙ, Т.З. ЖАКУПОВА (АСТАНА, КАЗАХСТАН) ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОВЕШЕНИЯ.....	45
Т.А. ПЕТРОВСКАЯ, Ф.А. ГАЛИЦКИЙ, В.Д. ОСИПОВ (АСТАНА, КАЗАХСТАН) СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УТОПЛЕНИЯ	47



САТАНОВА КАРИНА АМАНТАЕВНА (АСТАНА, КАЗАХСТАН) АКТУАЛЬНОСТЬ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КАЗАХСТАНЕ	51
ҚАРАКЕН ЗЕРЕ ТАЛҒАТҚЫЗЫ (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА СЛУЖБУ «103» В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 за 2020-2021гг. ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ	53
СУБХАНКУЛОВА НАЙЛЯ ГАПДУЛЕЕВНА, КУЛАМАНОВА ЖАМИГА ТУЛЕГЕНОВНА (АҚТӨБЕ, ҚАЗАҚСТАН) СОЗЫЛМАЛЫ ВИРУСТЫ В ГЕПАТИТИНІҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІГІ	57
TADJIYEV B.M. MATYAKUBOV M.B. (TASHKENT, UZBEKISTAN) ASSESSMENT OF THE STRENGTH OF IMMUNITY AFTER VACCINATION AGAINST VIRAL HEPATITIS B VIRUS	61
АВАЗХАНОВ НУРСУЛТОН ТОЛКИНОВИЧ (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЗОНЫ ЗАХРЬИНЫ - ГЕДА. ИЗУЧЕНИЕ ЗОНЫ ЗАХАРЬИНЫ – ГЕДА В КАРДИОЛОГИИ	64
НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА НИГМАТОВИЧ, ШОМУХАМЕДОВА ФЕРУЗА АБДУЛХАКОВНА, АРАЛОВ МИРЗОБЕК БАХРОМОВИЧ, НИГМАТОВА НИГОРА РАХМАТУЛЛАЕВНА, АТАМУРАТОВА НОДИРА БЕКПУЛАТОВНА (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	68
НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА НИГМАТОВИЧ, АКБАРОВ КАМОЛХОН САИДОЛИМОВИЧ, РАЗЗАКОВ УМИДЖОН МАРАТОВИЧ, НИЁЗОВА МУНАВВАРА МУРОД КИЗИ, БАХШИЛЛАЕВА СУГДИЁНА АБРОРОВНА (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА	71
СЕИДИЖАППАР КАМШАТ ӘБДІСАБИТҚЫЗЫ (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОТЕК С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ И УРОВНЕМ ИНГИБИТОРА С1. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	75
МУКАШОВА АЙЖАН ЕРКІНҚЫЗЫ (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ҚАНТ ДИАБЕТИ КЕЗІНДЕГІ БҮЙРЕКТІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ	79
КОЖАХМЕТОВА ДАНА К., НУРТАЗИНА АЛМА У., КЕНЖЕБАЕВ АЛЕМ Х. (СЕМЕЙ, КАЗАХСТАН) РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УПРАВЛЕНИЮ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	83
¹Р.Р. МАШАНЛО, ²А.С. ЧУПРЫНИН³, Г.А. КУСАИНОВА (ТАРАЗ, КАЗАХСТАН)^{1,2}, (АСТАНА, КАЗАХСТАН)³ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОСОБО ОПАСНОЙ ИНФЕКЦИИ - СИБИРСКАЯ ЯЗВА- BACILLUS ANTHRACIS. (случай из практики)	86
АШИРМЕТОВА НИГОРА МУХТАРОВНА, ӘШІМ АҚЖАРҚЫН БАУЫРЖАНҚЫЗЫ (ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН) КОКЛЮШ	88
ЕРТАЕВА АИДА БЕРІКҚЫЗЫ, КАРИМЖАНОВ УЛУГБЕК АЙБЕКОВИЧ (КАРАГАНДА, КАЗАХСТАН) СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	90
ӘЙГЕРІМ С. ИСАБАЕВА, АҚБОТА С. УНАРБЕКОВА (СЕМЕЙ, КАЗАХСТАН) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МОДИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	92
НИШАНБАЕВА МУХЛИСА АКБАРАЛИҚЫЗЫ (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) КОРОНАРЛЫ АРТЕРИЯЛАРДЫҢ ОБСТРУКЦИЯСЫНСЫЗ БОЛАТЫН МИОКАРД ИНФАРКТЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫН ҚАРАСТЫРУ	95



МҰСАҒАЛИҚЫЗЫ ШҰҒЫЛА (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ДӘРІЛІК ШАТЫРАШ (<i>SALVIA OFFICINALIS</i> L.) ЭКСТРАКТЫ ҚОСЫЛҒАН ТІС ҰНТАҒЫНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ САПА КӨРСЕТКІШТЕРІ	97
ДУРДЫЕВ А.Б. (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) ЖАС ӨСПІРІМДЕРДЕ ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ	101
МАРАТОВ Ш.С. (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ТІС ДЕНСАУЛЫҒЫ.....	105
ХАЙДАРОВ МАСУД (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ	109
АМАНҚОС ОЛЖАС (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ	112
ТҰРСЫНХАН АЙТЖАН (ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН) БАЛАЛАРДАҒЫ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ	115
Н.А.КАРИМБАЕВА (ТҮРКІСТАН, ҚАЗАҚСТАН) ҚЫЗДАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ (<i>ӘДЕБИ ШОЛУ</i>)	118
ISMAIL AIDANA (SHYMKENT, KAZAKHSTAN) THE USE OF KESHENDIKLOVIR, MEDOVIR FOR THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH HERPETIC LESIONS OF THE ORAL MUCOSA	122
ДОСКЕНОВА БИБИГУЛЬ КАЖКЕНОВНА, ШАПЕШ АЛТЫН ШАПЕШЕВНА, КУСЕПОВА ДИНАРА АСЫЛБЕКОВНА, МЫҢБАСЫ НҰРАЙЫМ АБДУЛЛАҚЫЗЫ (АСТАНА, ҚАЗАҚСТАН) ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ ЦМВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	126
АЛИМХАН АИДА ЕРЛАНҚЫЗЫ (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) ҚАТЕРЛІ ІСІК ДАМУЫНДАҒЫ СЕМІЗДІКТІҢ РӨЛІ	130
Г.ҚОБЛАНДИНА, Г.ТЕРЕКОВА (АҚТӨБЕ, ҚАЗАҚСТАН) ҚЫЗЫЛША АУРУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ КЕЗІНДЕГІ МЕЙРБИКЕНІҢ РӨЛІ	133
ХАЛМҰРАТ ӘСЕЛ ХАЛМҰРАТҚЫЗЫ (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) ӘЙЕЛДЕРДІҢ КІШІ ЖАМБАС АСТАУЫ КЛЕТЧАТКАЛЫҚ КЕҢІСТІКТЕРІНІҢ ІРІНДІ-ПРОЦЕСТЕР ТАРАЛУЫНДАҒЫ МАҢЫЗЫ	136



Научное издание

МАТЕРИАЛЫ
Международного научно-методического
журнала
**«GLOBAL SCIENCE AND INNOVATIONS 2024:
CENTRAL ASIA»**

Сборник научных статей
Ответственный редактор – Е. Абиев
Технический редактор – Е. Есім

Подписано в печать 25.04.2024
Формат 190x270. Бумага офсетная. Печать СР
Усл. печ. л. 25 п.л. Тираж 10 экз.

