

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
CONFERENCE-2019**
HEALTH. SCIENCE. TECHNOLOGY



**ABSTRACT
BOOK**



KazMSA
Kazakhstan Medical Students' Association



Health. Science. Technology

25-27 April, 2019

Karaganda, Kazakhstan



Dear participants,

It is my honor and privilege to introduce you the content of International Science Conference “Health. Science. Technology”. The unique nature of this conference is that the world-class scientists take part in it together with medical students from all over Kazakhstan. It is the conference organized FOR the students and most importantly BY the students themselves. Karaganda Medical University greatly values all the efforts that two student organizations – KazMSA and KMU Student Science Society – have put into making this event happen.

The content of this conference covers nearly all topics of current medical research and practice, highlights the achievements of our students in development of electronic healthcare and medical education. We really hope that participating in this conference will help you open the new horizons and enable you to become innovative, forward-thinking medical specialist and researcher. Without you all this event would never have happened.

Enjoy the moment and be the part of international workforce that will move our society to the new level!

**Chairman of the Board – Rector
Dosmagambetova R.S**



Dear participants,

It is an honor to be able to welcome you to I International Scientific Conference 2019 in Karaganda, Kazakhstan

ISC is an area for sharing and exchanging experience in their field of profession for medical students from all over the world. It is a great opportunity to find like-minded people for discussing medical issues and making better global healthcare. The purpose of this event is to create a space for professional self-realization of young professionals, students and their participation in solving actual problems in the field of medicine and health care, determining the prospects for the development of modern innovations and technologies, as well as to improve clinical skills.

As Organizing Committee has been working diligently to make the best scientific conference for all of you. There is no any doubt that at the coming conference, you will meet healthcare leaders who inspire you for better. We hope that you will be involved entirely and deep into science atmosphere.

The Organizing committee is sure that the conference will act as a fertile source to open up new horizons in science. We seek your kind support for the ISC 2019 and look forward to meet you all in Karaganda!

**Best regards,
Kymbat Kabdullina
ISC 2019 Organizing Committee Chair
Member of KazMSA-Kazakhstan Supervising
Council**

Our sponsors:



KazMSA
Kazakhstan Medical Students' Association



Next Generation

Volunteers organization
Medical University of Karaganda



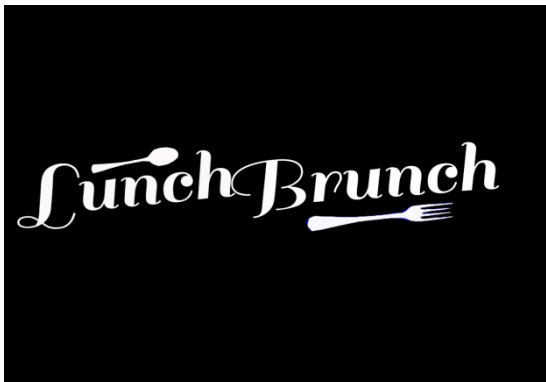
enactusTM

Karaganda Medical University

Dr. Globa[®]
AESTHETIC MEDICINE HUB

КОЧЕРГА
кафе





Contents

I.PERSONALIZED MEDICINE

- 1. Кыдырханов Т.Е, Джусупова А.Д**
Эффективность комплексной терапии бронхиальной астмы.....27
- 2. А.Шаймуратова, Д.Шонай , К.Сабитбек**
Современные аспекты фармакотерапии больных
гломерулонефритом.....29
- 3. Алина Ерناзар**
2 типті қант диабетімен ауыратын науқастарды оңалтудың
ұйымдастырушылық негіздері.....33
- 4. Юлия Ганжула**
Клинико - эпидемиологические особенности оказания неотложной
медицинской помощи на уровне ПМСП.....36
- 5. Асемгуль Килибаева**
Әртүрлі жастағы науқастарда асқазан-ішек жолдарының
полиптерінің анықталу жиілігін және қауіп факторларын
бағалау.....38
- 6. Тұяббаева Б., Байбуланова А., Махатова Г.**
Изучение эффективности диспансеризации больных артериальной
гипертензией участка №4, 23 поликлиники «Miras».....41
- 7. Dinara Sheryazdanova**
Insulin resistance and adverse cardiovascular events risk in patients with
impaired carbohydrate metabolism.....43
- 8. Жанна Мясникова**
Роль кишечной микробиоты в патогенезе рассеянного склероза:
систематический обзор.....45
- 9. Механцева И.В., Бахытжанова А.А.**
Влияние внедрения стандартов антибиотикотерапии на
резистентность микроорганизмов у пациентов гематологического
профиля.....48
- 10. К.Е.Баспакова., А.Р.Астраханов., Н.А.Ержигит. ,М.А.Отесин.**
Сосудистый возраст у пациентов с АГ.....51
- 11. Мирас Байжігіт**
Тактика диагностики и лечения интракраниальных осложнений
поздней геморрагической болезни новорожденных.....53

12. М.Т.Шаймурат, М.Р.Ермекбаева, А.Б.Кунтуганова	
Оценка вариабельности гликемии с помощью системы непрерывного мониторинга у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.....	55
13. Рамиля Кабдунасова	
Медико-социальная характеристика артериальной гипертензии у беременных.....	58
14. Жумабаев С. С, Рузматов С. Ю, Исаметова М. М	
Нефропротективная эффективность ингибиторов АПФ и блокаторов АТ-рецепторов.....	60
15. Ұлсана Тастанбек	
Кең бейтараптаушы антиденелер - VNABS-тардың көмегімен АИВ-1 инфекциясын вакцинация әдісімен емдеу.....	63
16. Айткен А.С., Серикова А.С., Шалыгина А.А.	
Оценка факторов риска развития СС заболеваний у пациентов с РА.....	65
17. Юлия Ганжула	
Особенности оказания неотложной медицинской помощи при аллергических заболеваниях на уровне ПМСП.....	68
18. Юлия Ниязова, Салехова Диана.	
Особенности показателей эхокардиографии при врожденных пороках сердца с риском развития легочной гипертензии у детей раннего возраста.....	70
19. Aiman Bidayshieva, Zholshybek Nurmakhan.	
Using the lung ultrasound of pulmonary congestion to prognose the development in chronic heart failure.....	72
20. Иванова- Разумова Т.В., Байгалканова А.И., Ахаш У.М	
Отдаленные результаты лечения коарктации/рекоарктации аорты у детей старшего возраста методом транскатетерной имплантации стента: опыт одного центра.....	74
21. Айнур Есенгельдиева	
Роль метаболического синдрома в развитии тиреоидной дисфункции у женщин различного возрастного периода.....	81

22. Айша Бақытжан	
Анализ лечения черепно-мозговой травмы у детей.....	87
23. Аскарбекова А. Т., Аильбаева Н.М., Тохтарбаева Г. Б.	
Частота и структура травматизма у новорожденных с макросомией.....	90
24. Ибраева Л. К, Бачева И. В, Қалижан А. Ж	
Гранулематоз с полиангиитом: трудности в первичной диагностики.....	92
25. Иссида Аширматова	
Ступенчатая терапия холинергической крапивницы.....	94
26. Азамат Фозилов	
Кардиопретекивное влияние ишемического прекондиционирования при ХСН у больных со стабильной стенокардией.....	97
27. Кайсина А.,Самойлова Н.,Погорелова Е.,Сидоренко В.	
Ассоциация поражений печени и исходов беременности.....	100
28. Адина Игенбекова	
Скрининговое выявление и эндоскопическое удаление полипов желудка в амбулаторных условиях	102
29. Кожабекова А., Полякова Е., Уалиханова З., Каленова А.	
Оценка влияния самоменеджмента на модифицируемые факторы риска у пациентов с артериальной гипертензией.....	105
30. Айдана Кабиева	
Риск развития сахарного диабета 2 типа у женщин фертильного возраста в центральном Казахстане.....	110
31. Ж.М. Баймағамбет., М.Н. Кобжанова	
Берегите детей. Детская травматизация. Последствия невнимательного отношения к детям	112
32. Бақыт Мажен	
Особенности психоэмоционального статуса и их влияние на качество жизни больных с системной красной волчанкой.....	122
33. Азамат Сейтжаппар	
Байқоңыр ғарыш айлағы тұрғындарының қан көрсеткіштері және иммундық жүйе көрсеткіштерін дәрі-дәрмексіз түзету жолдары...	125

- 34. Бахтиярова М.А., Абабкова М.А., Токмурзиева Г.Ж., Бодыков Г.Ж.**
Совершенствование контроля качества и оценки деятельности сестринской службы.....127
- 35. Пузырина Я.В, Нурсеитова Д.А.**
Оценка состояния полости рта у пациентов с остеопорозом.....129
- 36. Bodriagina Evgeniia, Gainullina Gulia**
Efficacy of several types biological therapy in patients with inflammatory bowel diseases.....131
- 37. Абдихалилов У.Н., Сейткерім Ж.Б.**
Метотрексат препаратын қолдану ұзақтығы мен трансаминаза деңгейінің арасындағы өзара байланысты бағалау.....133
- 38. Ш.С.Муратбекова, Н.И.Турсынов, Н.К.Ибраимхан**
Реабилитация в раннем восстановительном периоде после микродискэктомии на поясничном отделе позвоночника.....136
- 39. Э.М. Жуанышева, М.А. Григолашвили, Н.А. Евстафьева**
Клинический случай вторичного церебрального васкулита.....138
- 40. Григолашвили М.А., Дуйсенгали Д.Н., Калиева А.Б., Мадиева А., Нургалиева А.К.**
Клинический случай эпилептической энцефалопатии синдрома Веста.....144
- 41. Вероника Никель**
Анализ потерь по смертности от хронических болезней легких в карагандинской области РК.....151
- 42. А.Б.Кунтуганова, А.Е. Дербисов, А. Бейсенбекқызы.**
Ассоциация нарушений углеводного и липидного обменов при сахарном диабете 2 типа.....153
- 43. Баршын Миразаев**
Тұрақты стенокардиясы бар науқастардың өмір сүру сапасына қауіп факторларының әсері.....156
- 44. Таласпаева А.Е., Андыбаева А. Е.**
Прогнозирование депрессии в зависимости от качества жизни при Коморбидности ХОБЛ и АГ.....159

- 45. Мұратбек А.Т., Кипшаков О.С., Сәлімбаева Н.Ж.**
Изучение эффективности диспансеризации больных ишемической болезнью сердца участка №15 поликлиники «Miras».....162
- 46. Айдаров Е., Шакеев Т., Тастанова Г.**
Концентрация внеклеточных нуклеиновых кислот в крови при язвенной болезни осложнённой кровотечением.....164
- 47. Ж.К. Ибраева, Ахметова С.Б., Танкибаева Ж.Г., М.Г. Тусбаев, З.Е.Исина, Бейсембаева Г.А.**
Качественная оценка биопленкообразования грибов рода Candida при хроническом кандидозе слизистой оболочки рта.....168
- 48. Маргарита Майорова**
Развитие миокардиальной дисфункции у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа.....171
- 49. Бисенова Н.К., Жижила С.А., Рахимжанова А.Ж.**
Сравнительная характеристика антибиотикорезистентности возбудителей инфекционных заболеваний носоглотки детей.....173
- 50. Рахимжанова А.Ж., Жижила С.А., Бисенова Н.К.**
Эпидемиологическая характеристика микробиоты, носоглотки детей дошкольного возраста поликлинического этапа.....176
- 51. Orazaliyev Bakytzhan**
Case of acute lympho blastic leukemia detection.....179
- 52. Kabdullina K., Idrikova L.**
Possible link of hyperurecimia with hypertension in children.....182
- 53. Baimbetov Arman**
The choice of the treatment method of patients with the maxillary sinus perforation.....184
- 54. Тілеген Ділда**
Оценка риска развития тромбоэмболических осложнений у кардиологических больных с нарушением ритма сердца.....188
- 55. Бөрибай Айдана**
Оценка степени печеночной энцефалопатии и эффективности лечения пациентов с циррозом печени.....191
- 56. Байсалбаева Ақбота**
Зерттелген науқастарда ӨСОА-ның қауіп факторлерін, жынысы мен жасы ара-қатынасын және науқастардың емдеу шараларын бағалау.....193

57. Киспаева Т.Т., Махатова А. О., Махатов Б. К.

Современные аспекты иппотерапии в реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт.....195

II.HEALTH MANAGEMENT

1. Ермахан Ж.Т.

Отношение населения к Вакцинопрофилактике.....199

2. Bakyt Yernazar

Sociological research customer satisfaction of medicines.....203

3. Абай Еркінбек

Жүрек қан-тамыр ауруларының ішіндегі артериялды гипертония ауруы себебі және әлеуметтік-гигиеналық мәселелері.....205

4. Өтесін М.А., Бітімғалиева А.Н., Астраханав А.А., Қанатова А.Е., Қабдол Н.А.,

Адам құлағы микрофлорасына әр түрлі пайыздық концентрациядағы формалин буының әсері.....207

5. Айсана Даниярова

Жастар арасындағы семіздіктің медико-әлеуметтік аспектілері...209

6. Арайлым Ибрагимова

Қарағанды облысының әйелдер арасындағы алкоголизм.....212

7. Ишахат А.Ә.

Уровень выявляемости туберкулеза среди сельского населения Акмолинской области.....214

8. Б.К.Исаматов, А.О.Куралбек, М.Б.Сатыбалды, А.Е.Кенжебек, Н.М.Мукашева, Ахтаева Н.С.

Прогноз показателей заболеваемости и смертности гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Казахстан.....217

9. Бекжан Д.Д

Жүрек қан-тамырлары ауруларынан өлім қаупінің суммарлығын анықтау үшін SCORE шкаласы.....219

10. И.А. Иманалиева

Заболеваемость онмк г. Караганды за 2017-2018 гг.....221

8. Лилия Юн	
Отношение населения к профилактическим прививкам.....	224
9. Серғазы Жұмағазы	
Қарағанды қаласының тұрғын аумағындағы транспорттық шуды гигиеналық бағалау.....	226
10. Умит Қожахметова	
Қазақстан Республикасындағы жаңа туған нәрестелердің арасындағы туа біткен даму ақаулықтарының жиілігі мен таралуы.....	228
12. Яна Еремеева	
Уровень санитарных знаний о менингококковой инфекции населения г.Караганды.....	229
13. Айжан Магавина	
Изучение уровня медицинской грамотности среди студентов НАО МУК и КарГУ.....	232
14. Тусупов Т.А., Қазырова Н.Д.	
Модернизация сестринского образования и сестринского дела в РК.....	234
15. Әсет Омари	
Медицина саласындағы құқықтық қарым-қатынастың сапасын бағалау.....	236
16. Тұрар О.А., Тұрсынбет Е.А.,	
Мнение медицинского персонала о внедрении МИС в сфере здравоохранения.....	239
17. Салтанат Серикова	
Причины текучести кадров сестринского персонала в амбулаторно- поликлиническом звене г. Караганды.....	241
18. Zarina Abzhapparova	
Quit smoking.....	243
19. Евгения Ломакина	
Особенности характера труда женщин работающих в железнодорожно отрасли.....	245

20. Жанабергенова С. А., Иралина Р. В., Кравченко К. В	
Распространенность остеопороза у женщин разных возрастных групп, проживающих на территории центрального Казахстана...	246
21. Айдана Мухамбетова	
Уровень производственно-обусловленных и профессиональных заболеваний у работников горно-обогатительного комбината.....	248
22. Дана Тайлакова	
Оценка профессионального стресса медицинских работников.....	250
23. Мереке Бахтиярова	
Совершенствование контроля качества и оценки деятельности сестринской службы.....	252
24. Жалгасова Айгерим Ардаковна	
Эпидемиологический мониторинг случаев менингококковой инфекции в казахстане и меры ее профилактики.....	253
25. Аида Калиева	
Оценка качества услуг фармацевтической розничной торговли. Надлежащая аптечная практика.....	259
26. Камила Маликова	
Внедрение обязательного социального медицинского страхования в Казахстане и его экономический эффект.....	262
27. Орынгүл Қойшыбаева	
Жүкті студенттердің медико-элеуметтік аспектілері.....	266
28. Батыр Ермекбаев	
Гигиеническая оценка условий труда рабочих основных профессий «шубарколь- комир	267
29. Назгүл Батырбек	
Студенттердің ментальді денсаулығы және алдын алу мүмкіншіліктер.....	269
30.Сорокина С.А., Калиммулин Р.К., Каримов Д.А., Меркер Э.В., Михалев Б.С., Кривошлык В.С., Баранов В. Н., Сергейчик О.И.	
Разработка аппаратно-программного комплекса для персонализированной магнитотерапии.....	271

31. Екатерина Заскалько	
Подготовка к обучению как социально гигиеническая проблема сохранения здоровья школьников.....	276
32. Панькова А.Н., Ногайбаева Э.А., Кадочникова Д.С., Абдильдина А.Н.	
Оценка готовности студентов медицинских вузов к запланированному родителству.....	278
33. Алексей Чернецкий	
Оценка медико – социальных потерь от пневмонии и гриппа в карагандинской области.....	282
34. Даурен Тулебаев	
Ембі-5 полигон аймағындағы тұрғындардың жалпы аурушаңдығы және экологиялық.....	284
35. Дана Ахметова	
Скрининг состояния здоровья детей Курчумского района ВКО...	289
36. Еркемай Совет	
Ақпараттық технологияны медицина саласында қолдау.....	292
37. Олжас Жандарбекова	
Оценка медикосоциальных потерь от болезней органов дыхания карагандинской области.....	295
38. Mehandra Singh	
Comparative analysis of Indian and Kazakh Medical Education systems.....	297
39. Diksha Saini	
Social and moral aspects of organ donation after death.....	299
40. Алтынай Жақсылық	
Ұялы телефонның пайдасы мен зияны.....	301
41. Ақерке Нүртіллаева	
Топырақтың түзілуі және оныңхимиялық құрамы.....	310
42. Анара Касенова	
Течение и исход беременности при гестационном сахарном диабете, влияние на плод.....	319

43.Сәлімбаева Н., Мұратбек А .	
Изучение эффективности диспансеризации больных с ИБС в клинике «Miras» участок №15.....	322
44. Талгат Сергалиев	
Денсаулық сақтау ұйымдарында адам ресурстарын басқару ерекшеліктері.....	324
45. Ольга Зорина	
Участие населения в колоректальном скрининге в городе Караганда.....	327
43. Венера Бейсембаева	
Социально- гигиеническая характеристика больных раком шейки матки.....	329
44. Альбина Фатхулина	
Профилактическая деятельность на уровне ПМСП в условиях цифровизации и реформирования здравоохранения.....	332
45. Есенбекова А, Провоторова И.	
Проблема доступности лекарственных средств сельскому и городскому населению.....	335
47. Салтанат Сулейменова	
Анализ проблем плановой иммунизации в городе Караганда.....	337

III.BASIC MEDICAL SCIENCES

1. Malika Sharma	
Fetal development.....	341
2. Адай Боранбаев	
Влияние колы и минеральной вода на организм человека.....	343
3. Aiyim Toktasova	
Impact of electromagnetic fields of some application devices on the growth capability of bacteria and yeast.....	344
4. Bakhtiyar Iskakov	
Nuclear Physics and Medicine.....	350
5. Askhat Anuarov	
Biomarker discovery program.....	352

6. Редько А., Завгородняя А., Сперидопуло А.	
Определение в-каротина в продуктах растительного происхождения методом спектрофотометрии.....	356
7. Iryna Popova	
Morphological and embryological peculiarities of infrahyoid muscles during human fetuses' prenatal development.....	359
8. Диана Искакова	
Қарағанды қаласы жасөспірімдерінің психологиялық денсаулығының ерекшелігі.....	361
9. Абдрахманова А., Кабденова Г.	
Новые пероральные антикоагулянты для профилактики инсульта.....	364
10. Zere Anuarbekova	
The structure of the breast cancer cells and structural changes in malignant neoplasms.....	368
11. Mohammed Amil Tak	
Psychological concept of consciousness.....	370
12. Политкина В., Вольф А., Чуева Т.	
Количественное определение витамина С в витаминных препаратах и фруктах.....	373
13. Нұрлан Қуандық	
Заманауи ауыз суын микробиологиялық тұрғыдан бағалау.....	375
14. Bilge Karadeniz	
Quinolone Resistant E.coli and K.pneumonia Strains, Related Pathologies, Mechanisms of Quinolone Resistance and Effects of Antimicrobial Usage in Industrial Farming.....	378
15. Айдана Ерубай	
Влияние аспартама на активность фермента антиоксидантной защиты каталазы в эксперименте.....	380
16. Лаура Нурахметова	
Апостериорная проффессионального риска у работников хромового производства.....	382
17. Аскар Акшалов	
Характеристика нарушений липидного обмена у больных с бронхиальной астмой в сочетании с ИБС.....	384

18. Айсулу Берикова	
Төртмүшелі семізотты (<i>rodiola quadrifida</i> pall.) биологиялық белсенді зат көзі ретінде зерттеу.....	387
19. Гулайым Ажибекова	
Жіңішке тасшыгүл (<i>androsace filiformis</i>) өсімдігінің жалпы сипаттамасы және медицинада қолданылуы.....	390
20. Аяжан Абылай	
Шалфейді официналды және халық медицинасында және стоматологиялық тәжірибеде қолдану.....	393
21. Диана Дубина	
Микробиологическая оценка состояния кожи рук медицинского персонала.....	396
22. Дамеля Резина	
Способность штаммов <i>bacillus subtilis</i> выделенных из сточных вод утилизировать нефтепродукты.....	398
23. Назерке Слямжанова	
Шалфей лекарственный (<i>salvia officinalis</i> l.) (обзор).....	401
24. Назым Тілеуберді	
Стандартизация растительного сырья Джужгуна безлистного (<i>Calligonum arhyllum</i>).....	405
25. Гүлім Қанатқызы	
Тасшөптің кейбір түрлеріне биологиялық белсенділігі бойынша скрининг жасау	413
26. Айтолоқын Бекберген	
Қолқаның қалыпты және аневризма кезіндегі морфо-функционалдық ерекшеліктері.....	415
27. Алтын Ерболатқызы	
Қаназдық жағдайында бауырдың дамуы туралы.....	417
28. Макпал Amangeldikyzy	
The study of the adhesive properties of lactobacilli extracted from local manufactured dairy products of the Karaganda region.....	419
29. Elvira Abzhanova	
Antioxidant and anti-inflammatory properties of plant extract from <i>limonium gmelinii</i>	421

30. Самал Башан	
Гистологическое строение желудка в норме и язвенной болезни.....	423
31. Диана Жамшитова	
Структурно-функциональная характеристика стволовых клеток и их роль в организме человека.....	426
32. Мөлдiр Исабаева	
Структурно-функциональные особенности нейтрофилов и их роль в норме и при патологии.....	429
33. Мөлдiр Абсалык	
Морфологическая диагностика полипов носа.....	431
34. Адиле Бадалова, Дана Бейсенова	
Капиллярное русло верхней губы в норме и при врожденных расщелинах.....	434
35. Tamanna Rathee	
Psychology of development of a person in his childhood.....	437
36. Binura Aitmagambetova	
Antenatal interventions to prevent the transmission of cytomegalovirus (cmv) from the mother to the fetus during pregnancy and decrease the outcomes of infected infants.....	441
37. Зарнигор Умурзакова	
Изучение противоишемических свойств экстракта Гинко Билоба на моделях ишемических повреждениях головного мозга.....	443
38. Толғанай Муханова	
Экспериментте тез тамақтаудын егеуқұйрық аналықтарының қан құрамына әсері.....	446
39. Сымбат Жылбекқызы	
Тәжірибеде белсендірілген және белсендірілмеген магний диоксидімен әсер етілген егеуқұйрық бүйрегіндегі гистоморфологиялық өзгерістер.....	449
40. Bagdat Yendibai	
Frequency and risk factors of colorectal cancer among residents of the turkestan region.....	452

IV.REPRODUCTIVE HEALTH

- 1. Asema Arystanbek**
The effect of obesity on the course pregnancy.....460
- 2. Pankaj Kumar Sharma**
Post partum hemorrhage.....462
- 3. Айгуль Ханова**
Наложение циркулярного шва на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности: актуальность, эффективность, целесообразность.....464
- 4. Айнура Мустафазаде**
К вопросу об анестезии при восстановлении промежности у родильниц.....466
- 5. Әулбекова А. Бекмолдақызы М.**
Медико-социальные аспекты беременных с инфекцией мочевыводящих путей.....468
- 6. Сандыбаева А., Рахимова С.**
Отношение студентов высших учебных заведений г.Караганды к планированию семьи.....469
- 7. Петров В., Вальц И.**
Ассоциативное течение гестационного процесса и соматоформной вегетативной дисфункции.....472
- 8. Айнур Хасенова**
Нарушение углеводного обмена у женщин, после перенесенного гестационного сахарного диабета.....475
- 9. Венера Айтилесова**
Проблема пролонгированной латентной фазы первого периода родов в современном акушерстве.....478
- 10. Абдугаффар Ходжаев**
Ранний период адаптации новорожденных детей, родившихся от матерей, перенесших эклампсию.....481
- 11. Гюнель Маммадова**
Сахарный диабет и беременность, частота встречаемость гестационного сахарного диабета.....483

9. Sapiyat Ibragimova

The role of matrix metalloproteinase-7 at early and late severe preeclampsia.....492

10. Нургуль Серикбай

Первичная профилактика ВПР плода.....494

11. Малика Юлдашева

Методы прижизненного исследования органов дыхания.....496

V.MEDICAL EDUCATION

1. Дана Жұмағазы

Қарағанды медицина университетінде оқитын шетелдік студенттерден оқшауланып алынған микроағзалардың биофильм қалыптастыру белсенділігінің оның вируленттілігіне тигізетін әсері.....499

2. Аруай Жаңбыршын

Семіздік студенттер арасындағы созылмалы инфекциялық емес ауруларды тудыратын қауіп факторы ретінде.....501

3. Poonia Vikram

Impact and value of temperament and memory on the educational activities in students.....505

4. Ақзер Орынғалиевна

Жасөспірімдердің есірткіге тәуелділігінің қалыптасуына әлеуметтік жағдайдың әсері.....507

5. Арайлым Кубекова

Ценностные ориентации студентов НАО Медицинского университета Караганды.....509

7. Арайлым Зекенова

Сравнительная оценка функционального состояния школьников г.Караганды.....511

8. Ақнұр Әлібаева

Бірінші курс студенттерінің ЖОО оқу барысына педагогикалық мәселе ретінде бейімделуі.....514

9. Арайлым Сәтбекова

Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың алдын алу.....518

10. Розалина Махмудова

Білім алушалар арасында Скозиоздың алдын алу.....521

11. Екатерина Заскалько

Медицинская грамотность среди студенческой молодежи по вопросам сахарного диабета.....524

VI.SURGERY

1. Александр Шабанов А., Ибрахим Р.

Малоинвазивный метод лечения замедленной консолидации переломов костей голени (клинический случай).....527

2. Жанна Жилкибаева

Выбор вида опорно-удерживающего кламмера на одиночностоящие зубы.....528

3. Янна Пузырина

Оценка состояния полости рта у пациентов с остеопорозом.....530

4. Валерия Блинова

Проектирование модели бионической кисти.....533

5. Ержигит Найзабек

Эффективность nano и серебросодержащих повязок по сравнению со традиционными методами лечения ожогов у детей.....536

6. Сухроб Жумабоев

Эффективность применения местно-пластических операций в хирургическом лечении врожденных спинно-мозговых грыж.....539

7. Алим Чахалов

Профилактика раннего стенозирования после эндоназальной дакриоцисториностомии.....541

8. Тұрсын Дінмұхамбет

Жедел ішек өтімсіздігі ауруының рентгенологиялық диагностикасында, математикалық формуланың тиімділігі.....544

9. Нурзада Амандық

Балалардағы ішек инвагинациясы: емдеу әдістері мен мерзімін таңдау ерекшеліктері.....546

10. Жанна Жилкибаева	
Применение окклюзионной каппы при декомпенсированной повышенной стираемости зубов.....	550
11. Натали Латанская	
Использование аспирационной биопсии эндометрия для выявления хронического эндометрита при первичном бесплодии.....	551
12. Екатерина Казанцева	
Основные тенденции киберпротезирования.....	554
13. Берик Турлубекова	
Перкутанная вертебропластика в вертебологии.....	556
14. Нуртас И. Турсынов*, Эрмат М. Санаев, Самат Ж. Аумажитов, Рахым Ж. Мергенбай, Руслан А. Хаутиев	
Хирургия артериальных аневризм сосудов головного мозга.....	560
15. Жан Беков	
Инновационные методы лечения заболеваний позвоночника.....	563
16. Абу Дюсенов	
Ревизия шунтирующей системы при дисфункции шунтирующей системы.....	567
17. Нуртас И. Турсынов*, Ибраймхан Н.К. Эрмат М. Санаев, Серик Ж. Мажыров, Берик С. Турлубеков,	
Омыртқаның дегенеративті ауруы кезіндегі омыртқа сегментінің тұрақсыздығының кіші инвазиялық хирургиясы.....	570

I.PERSONALIZED MEDICINE

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Джусипова А.Д., Кыдырханов Т.Е.
Научный руководитель: ассистент кафедры
пропедевтики внутренних
болезней, к.м.н. Жазыкбаева Л.К.
НАО «Медицинский Университет Семей»

Аннотация: Обследовано 60 больных бронхиальной астмой. Больные были разделены на 2 группы: 1-ю контрольную группу составили 30 больных бронхиальной астмой, которым назначалось сочетание вентолина и фликсотиды по необходимости; 2-ю группу составили 50 больных бронхиальной астмой, которым назначали серетид в течение трех недель.

Ключевые слова: бронхиальная астма, фликсотид, вентолин, серетид, терапия

Введение: Бронхиальная астма в настоящее время является одной из актуальных заболеваний дыхательной системы. Ингаляционные кортикостероиды являются основными в базисной терапии при всех степенях тяжести БА,

по некоторым данным включая и интермиттирующую БА. Ингаляционные стероиды используются в различных соответствующих ступени заболевания дозах и могут сочетаться с другими средствами для базисной терапии. Иммунотерапия недостаточно эффективна, плохо стандартизирована, достаточно дорога и не рекомендуется в качестве монотерапии БА.

Цель исследования: изучение эффективности комплексной терапии у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Обследовано 60 больных бронхиальной астмой, среди них 32 женщины, 28 мужчин в возрасте от 35 до 62 лет. Длительность заболевания составила – $8,4 \pm 0,4$ лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на следующие группы: 1-ю контрольную группу составили 30 больных бронхиальной астмой, которым назначалось сочетание вентолина и фликсотиды по необходимости; 2-ю группу составили 50 больных бронхиальной астмой, которым назначали серетид в течение трех недель. Всем больным исходно проводилась компьютерная спирография.

Исходно у всех больных ХОБЛ выявлено достоверное снижение объемных и скоростных показателей функции внешнего дыхания. Результаты и обсуждение: Анализ изучаемых показателей выявил большую эффективность терапии во второй группе, о чем свидетельствует достоверное возрастание всех показателей: увеличение жизненной емкости легких на 40%, форсированной жизненной емкости легких – на 60%, объема форсированного выдоха за 1 сек. – на 65%, индекса Тиффно - на 42%, урежение частоты дыхания – на 65%, повышение скоростных показателей пиковой объемной скорости на 48%, на уровне мелких бронхов МОС25 – на 32%, на уровне средних бронхов МОС 50 – на 84%, на уровне крупных бронхов МОС 75 – на 83%. При исследовании больных первой группы функция внешнего дыхания улучшилась, о чем подтверждает увеличение скоростных и объемных показателей, но в меньшей степени. Клиническая эффективность во второй группе оказалась выше: общий удельный вес больных с положительным результатом терапии (79%) в основной группе был достоверно выше по сравнению с контролем (65%).

Выводы: Преимущество терапии во второй группе сказалось на динамике частоты клинических симптомов у больных на фоне лечения. У пациентов данной группы клинические признаки после лечения встречались достоверно реже.

Заключение: Данное исследование показало наибольшую эффективность комплексной терапии бронхиальной астмы.

Список литературы:

- [1] Аляутдин Р. Н. «Фармакология: учебник» - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1104 с.: ил.
- [2] Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П.К. Булатов. - Москва: Машиностроение, 1980. - 326 с.
- [3] Зузана Диамант, Гай Брюссель, Ричард ЭРассел «На пути к эффективному назначению ингаляционных кортикостероидов при хронических заболеваниях дыхательных путей», 2018.
- [4] Игнатъев, В. А. Астма. Новое о старой болезни / В.А. Игнатъев. - М.: АСТ, Астрель-СПб, 2006. - 288 с.
- [5] Каменев, Ю. Я. Астма и другие болезни системы дыхания / Ю.Я. Каменев. - М.: ИГ "Весь", 2009. - 128 с.

- [6]Лещенко И. В. Бронхиальная астма: диагностика и лечение: краткое руководство для врачей первичного звена / И. В. Лещенко, 2011.
- [7]Мазнев, Н. Астма, бронхит и другие заболевания органов дыхания / Н. Мазнев. - М.: Дом. XXI век, Рипол Классик, 2011. - 799 с.
- [8]МазурЕ. С., БачуринаМ. А. «Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких»,2014.-С11-18.
- [9]Петренко, М.А. Астма. Лучшие методы лечения / М.А. Петренко. - М.: Вектор, 2013. - 265 с
- [10]ФадеевП.А.«Бронхиальная астма»,2010, С 99-126.
- [11]Фещенко Ю.И. « Бронхиальная астма - одна из главных проблем современной медицины «// Укр. пульмон. журн. - 2000. - № 2, дополнение.- С. 13 - 15.
- [12]Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2013.Ф

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

А.Шаймуратова¹, Д.Шонай¹, К.Сабитбек¹ - интерны
ОМФ НАО МУК

Науч. рук. – профессор каф. клин. фармакологии

А.Х. Абушахманова¹

НАО Медицинский Университет Караганды¹

кафедра клинической фармакологии и доказательной медицины

Аннотация:Проведен клинико-фармакологический анализ обоснованности назначений лекарственных средств в зависимости от клинической формы гломерулонефрита и соответствие их клиническим протоколам МЗ РК.

Ключевые слова: гломерулонефрит, клиническая форма, фармакотерапия, анализ.

Введение. Гломерулонефрит характеризуется как комплекс иммуно - патологических процессов, которые поражают преимущественно клубочковый фильтр, а также канальцы и интерстициальную ткань почки, с дальнейшим прогрессированием заболевания, в результате чего происходят склеротические изменения почечной ткани (вторично - сморщенная почка) и развивается хроническая почечная недостаточность [1 - 10].

Цель исследования - анализ рациональности назначения лекарственных средств для фармакотерапии больных гломерулонефритом в зависимости от клинической формы заболевания.

Материал и методы. На базе областной клинической больницы г. Караганды был проведен ретроспективный клинико-фармакологический анализ медицинских карт 63 пациентов с диагнозом хронический гломерулонефрит в стадии обострения и 6 больных с диагнозом острый гломерулонефрит. Из общего числа больных было 23 женщины и 46 мужчин в возрасте от 18 до 64 лет. Городские жители составляли 75% (52 человека), сельские – 25% (17 человек). Нефротическая (отечная) форма гломерулонефрита была диагностирована у 29 больных, гематурическая форма – у 8, гипертоническая форма – у 14, смешанная форма – у 18. В 16 случаях на фоне основного заболевания имелись сопутствующие - железодефицитная анемия, хронический пиелонефрит, ИБС, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. Проводился анализ обоснованности назначений лекарственных средств в зависимости от клинической формы гломерулонефрита и соответствие их клиническим протоколам.

Результаты и обсуждение. Анализ назначений лекарственных средств показал, что для фармакотерапии гломерулонефрита врачи назначали препараты из 10 различных групп: цитостатики, глюкокортикостероиды, диуретики, антигипертензивные, антиагреганты, антикоагулянты, антиоксиданты, вазодилататоры, гиполипидемические, железосодержащие.

Общее количество назначений лекарственных средств составило 438, что в среднем равнялось 6 назначениям на одного пациента.

Фармакотерапия больных острым гломерулонефритом включала антибиотики пенициллинового ряда и цефалоспорины 2-го и 3 поколения в течение 10 – 12 дней, при нефротической форме назначались диуретики (гидрохлоротиазид 25 мг х 2р/сут., индапамид по 40 – 120 мг в теч.3–4 дней), в случаях артериальной гипертензии – ингибиторы АПФ (эналаприл по 10-20 мг/сут, каптоприл по 25-50 мг/сут) и антагонисты Са (верапамил 120-480 мг/сут., амлодипин по 5 – 10 мг/сут.). Несмотря на то, что идентификация возбудителя и определение его резистентности к основным антибактериальным препаратам является необходимой для проведения рациональной антибиотикотерапии, в медицинских картах больных острым гломерулонефритом отсутствовали микробиологические анализы. Кроме того, не соблюдались сроки монотерапии антибиотиками, что может вызвать селекцию резистентных штаммов микро-организмов и хронизацию воспалительного процесса.

Для фармакотерапии больных хроническим гломерулонефритом в стадии обострения использовались цитостатики (циклофосфамид по 2-3 мг/кг/сут внутрь или в/м или в/в, хлорамбуцил по 0,1-0,2 мг/кг/сут внутрь, циклоспорин - по 2,5-3,5 мг/кг/сут. внутрь, азатиоприн по 1,5-3 мг/кг/сут. внутрь), глюкокортикостероиды (преднизолон по 1 мг/кг/ сут внутрь в течение 6-8 недель), антиагреганты (дипиридамола по 400-600 мг/сут., пентоксифиллин по 0,2-0,3 г/сут., тиклопидин по 0,25 г 2 р/сут), антикоагулянты (гепарин по 20 000 ЕД в сутки внутримышечно или внутривенно), гиполипидемические препараты (аторвастатин, симвастатин по 10-60 мг/сут в течение 4-6 недель), препараты железа (ферровит 640 мг/сут.), антиоксиданты (витамин Е). При анализе режимов дозирования лекарственных средств для фармакотерапии хронического гломерулонефрита нарушений не установлено. Однако в 9% случаев была выявлена необоснованная полипрагмазия и удлинение сроков медикаментозной терапии.

Выводы. Основными ошибками при проведении фармакотерапии острого гломерулонефрита были нерациональный выбор антибактериальных препаратов для эрадикации патогена без учета природной чувствительности и приобретенной резистентности микроорганизмов, а также несоблюдение сроков антибиотикотерапии.

Заключение: Для эффективной фармакотерапии острого гломерулонефрита и предотвращения его перехода в хроническую форму необходимо соблюдение соответствующих рекомендаций клинических протоколов диагностики и лечения.

Список литературы:

- 1.Езерский Д.В. Влияние морфологических изменений при различных формах хронического гломерулонефрита на скорость развития хронической почечной недостаточности // Нефрология и диализ. 2001. - Том 3. № 2. - С. 133 - 134.
2. Макарец Б.Г., Малаховский Ю.Е., Рыков В.А., Иогина О.Ю, Данцигер Д.Г., Фалолеева С.О. Склеротические изменения на ранних стадиях гломерулонефрита у детей (клиника и диагностика) // Педиатрия. 2000. - № 1. - С. 9 -14.
- 3.Осадчук М.А. Нефрология: Учебное пособие. Изд-во: МИА, 2008 – 150с.
4. Русакова Н.В. Гломерулонефрит: клинико-метаболические и морфологические предпосылки хронизации процесса // Дис. д.м.н. Самара., 2000. С. 198.
5. Руководство по нефрологии: Пер. с англ./ Под ред. Витворт Дж. А., М.: Медицина, 2000 – 290с.
- 6.Современная нефрология: Перевод с англ./Под ред. С.Клара, С.Г.Массри. – М.:Медицина, 2004. - 512с.
7. Шулутко Б.И. Болезни печени и почек. - Изд.2-е, испр. и доп. Спб, 2005. – 480с.
8. Цыгин АН., Сергеева Т.В. Лечение гломерулонефрита у детей // Русс. Мед. журнал. 2000.- Том 6., № 9. - С. 580 - 585.
9. Brenner В.М. Mechanism of progression renal disease // Международный семинар по нефрологии. Москва. - 29 - 30 мая 1995. - С. 106 - 112.
10. K/DOQI Clinical Practice Guidelines on Hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2004; 43:5(Suppl 1):S1.

2-ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Ерназар Алина Талғатқызы

201 топ «Қоғамдық денсаулық сақтау» факультеті

Ғылыми жетекшісі: медицина магистрі, PhD докторант Ли В. В.

Қазақстан Республикасы, «Астана Медицина Университеті» АҚ,
«Спорттық медицина курсы бар профилактикалық медицина және
тамақтану» кафедрасы

Түйін сөздер: 2 типті қант диабеті, кешенді оңалтуды ұйымдастыру, алдын алу, диабет мектебі, валеокинетика.

Қант диабетімен ауыратын Қазақстан азаматтарының жоғары өмір сүру сапасын қамтамасыз ететін мәселелер кешенін шешу үшін мемлекеттік қаржыландыру шеңберінде үнемі жаңа бағдарламалар бекітіледі [1-4]. Алайда, елде профилактикалық және оңалту іс-шараларының нақты ғылыми жүйесі жоқ, амбулаториялық жағдайларда диабетпен ауыратын науқастарға көмек көрсету сипаты оңтайландырылмаған, диабетологиялық қызметтің аймақтық ерекшеліктері туралы деректердің жеткіліксіздігі байқалады. Осыған байланысты зерттеудің мақсаты Астана қаласындағы амбулаториялық көмек жағдайында 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастарды оңалтудың ұйымдастырушылық негіздерін зерделеу болып табылды.

Зерттеу Астана қаласының №5 Қалалық емханасында жүргізілді және эндокринолог-дәрігерлер, реабилитологтар, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер арасында диабеті бар пациенттерді оңалту бойынша жүргізілетін медициналық-әлеуметтік іс-шаралар бойынша, сондай-ақ 2 типті қант диабеті бар 200 пациентке сауалнама жүргізілді [5-13].

Емхана қызметкерлері қант диабетінің алдын алу бойынша белсенді медициналық-әлеуметтік жұмыстар жүргізуде. Валеокинетиканы тиімді физикалық оңалту әдісі ретінде оқыту және қолдану белсенді жүргізілуде [14]. Пациенттерге психологиялық және ақпараттық қолдау көрсететін диабет мектебі, клубы толыққанды жұмыс істейді.

Медициналық және әлеуметтік қызметтерді көрсетудің кешенділігі, сондай-ақ емхананың барлық бөлімдерінің сабақтастығы пациенттерді оңалтуды жақсартуға мүмкіндік берді. 2 типті диабеті бар пациенттерге сауалнама жүргізу нәтижелері бойынша: сұралғандардың 71%-ы 6 айда кемінде 1 рет эндокринолог-дәрігерге тұрақты түрде барады. Алынған емге 20%-ы аз қанағаттанған және емдеу мен оңалту бойынша шаралар кешенін жеткілікті деп табады. Айта кету керек, емделушілердің басым бөлігі 61% физикалық еңбек қызметкерлері болып табылады. 50% үнемі дене жаттығуларын орындады, 30% - тұрақты емес, қалған 20% - іс жүзінде айналыспаған. Сауалнамаға қатысқандардың 40%-ы дұрыс тамақтануды өмір салтына айналдырды, 20%-ы тек қанты жоғары тағамдардан бас тартты, оның 40%-ы диетаны сақтамаған. Қазіргі уақытта науқастардың 23,5%-ы қант диабеті мектебінде дәрістерге және сабақтарға қатысып отырса, 5%-ы диабет клубында тұрады. Сұралғандардың 24,8%-ы емхана жағдайында физикалық оңалтудан өтті, оның 12%-ы валеокинетика әдістемесімен оқытылды.

Тест нәтижесі бойынша Спилбергер-Ханиннің[15] тұлғалық және жағдайлық мазасыздық шкаласы арқылы емделушілердің 73,3% - да тұлғалық мазасыздықтың жоғары деңгейі байқалды, бұл созылмалы стресстің болуын куәландырады. Жағдайлық мазасыздықтың жоғары деңгейі 56% - да байқалды.

Сонымен, пациенттердің алдын алу мен оңалтудың жүргізілетін көлемімен және әдістерімен қанағаттанушылық деңгейінің төмендігін ескере отырып, емханалық көмек деңгейінде қалпына келтіру диabetологиялық қызметінің ұйымдастырушылық негіздерін жетілдірудің жаңа жолдарын іздестіру қажет сияқты.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

1.Постановление Правительства Республики Казахстан №978 от 30 июня 2000 г. «Об утверждении Целевой комплексной программы "Диабет".

2.Указ президента Республики Казахстан от 1.02.2010 №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

3.Указ Президента Республики Казахстан от 20.11.2010 №1113 «Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

4. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25.11.2016г. №984 «О некоторых вопросах эндокринологической службы».
5. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : учеб. пос. / А.С. Аметов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 1032.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. – М., 2011. – С. 20-115.
7. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Доскина Е.В. и др. Алгоритмы диагностики и управления сахарным диабетом 2 типа: Клинические рекомендации для практикующих врачей. – М., 2007. – С. 13-14.
8. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Талстян Г.Р. и др. Обучение больных сахарным диабетом. – М., 2009. – С. 72-81.
9. Национальное руководство по эндокринологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
10. Суркова Е.В., Майоров А.Ю., Галстян Г.Р. и др. Обучение больных сахарным диабетом: Руководство для эндокринологов. – М., 2007.
11. Анциферов М.Б.: Школа диабета. – 2005. – С. 310-316.
12. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы ВОЗ. – 2008.
13. Дедов, И. И. Проблема контроля качества диабетологической помощи в России по данным на январь 2007 г. / Дедов И. И., Шестакова М. В. // Сахарный диабет. 2008. — № 3 (40). — С. 55-57.
14. Тель Л.З.: Валеология: Учение о здоровье, болезни, выздоровлению Т.1. – М., 2001. – С. 105-122.
15. Шкала личностной и ситуативной тревожности Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина.

КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП

Ганжула Ю.Л.

Научный руководитель:

Уразова С.Н. д.м.н. зав. каф. ОБП№2 НАО «МУА»

Место учебы: НАО «МУА» магистратура

Аннотация: В данной работе выявлены распространенные причины вызовов скорой помощи при ПМСП, распределение пациентов по полу и возрасту в общей структуре вызовов.

Ключевые слова: клинические особенности, эпидемиологические особенности, неотложная помощь, ПМСП, структура вызовов.

Введение: Были изучены клинико-эпидемиологические особенности оказания неотложной медицинской помощи (НМП) на уровне ПМСП, согласно Приказа МЗ РК[1].

Цель: Изучить структуру вызовов НМП в условиях ПМСП в течение года.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование карт вызовов (16000) «Городской поликлиники №10» г. Нур-Султан за 2018 год. Заполнение электронной базы данных проводили с использованием программы Microsoft Excel. Материал был статистически обработан.

Результаты и обсуждения: При анализе пола выявлено, что пациенты женского пола составляют 60%, мужского-40% от числа вызвавших неотложную помощь. При анализе возраста выявлено, что 38,9% вызовов приходится на возраст 1–10 лет, 9,7% на возраст 11-20 лет, 18,9% на возраст 21-30 лет, 12,3% на возраст 31-40 лет, 6% на возраст 41-50 лет, 6,7% на возраст 51-60 лет, 4,2% на возраст 61-70 лет, 2,7% на возраст 71-80 лет и 0,6% на возраст старше 80 лет. При анализе структуры выявлены 5 групп заболеваний, которые составляют 78% всех причин вызовов за год. Была проанализирована частота встречаемости и сезонность распространения среди вышеназванных групп.

На первом месте - заболевания дыхательной системы с вариабельностью в течение года 33-61%. Пик вызовов - с января по март. На втором месте - заболевания желудочно-кишечного тракта с вариабельностью в течение года 8-29% и пиком с июля по сентябрь. На третьем месте - заболевания периферической нервной системы с вариабельностью в течение года 5-8%. Заболеваемость распределена равномерно в течение года. На четвертом месте - заболевания сердечно-сосудистой системы с вариабельностью в течение года 5-8%. Заболеваемость также распределена равномерно в течение года. На пятом месте - аллергические заболевания с вариабельностью в течение года 3-8%. Пик - июль и август.

Выводы: В результате анализа выявлено, что чаще неотложная помощь оказывается лицам женского пола. Анализ распределения по возрасту показал, что частой возрастной группой является 1 – 10 лет, а редкой – пациенты старше 70 лет. Этот результат оправдан для 4 категории вызовов, т.к. она предполагает оказание помощи при отсутствии заболеваний с непосредственной угрозой для жизни пациента[1]. Были выявлены 5 распространенных причин вызовов скорой помощи в условиях ПМСП и закономерность их посезонного распределения.

Заключение: Данные результаты имеют практическую значимость для бригад НМП при ПМСП и позволяют углубиться в изучение каждой из причин вызовов с целью совершенствования оказания помощи населению.

Список литературы:

1.Приказ МЗ РК № 450 от 3 июля 2017 года: «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».

ӘРТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АСҚАЗАН- ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ПОЛИПТЕРІНІҢ АНЫҚТАЛУ ЖИІЛІГІН ЖӘНЕ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН БАҒАЛАУ

Ғылыми жобаны орындаушы:

Килибаева А.К. 5015 топ, медицина мектебі

Ғылыми жетекшісі:

ассоциированный профессор Гусейнова З.К.

№1 Ішкі аурулар кафедрасы

Қарағанды Медицина Университеті, Қарағанды қаласы

Аннотация: Асқазан-ішек жолдарының полиптері жиі симптомсыз өтеді, сонымен қатар көбінесе полиптер диагностикалық іс шаралар кезінде, мысалы скринингті зерттеу кезінде кездейсоқ анықталады, сондықтан оларды уақытына сай диагностикалау және емдеу қиындық туғызады. Көптеген зерттеушілер асқазан ішек жолдарындағы полипозды түзілістерді қатерлі ісіктің пайда болуының негізгі факторы ретінде қарастырады. [2, 9]. Сол себептен науқастарда асқазан-ішек жолдарының (АІЖ) полиптерінің жас және жыныс ерекшеліктеріне байланысты анықталу жиілігін және қауіп факторларын бағалау полиптерді алдын-алуыға, және науқастардың өмір сапасын жоғарылатуға көмектеседі [5].

Кілтті сөздер: асқазан ішек жолдары, полиптер, Экспресс тест, фиброгастроуденоскопия, фиброколоноскопия, аденокарцинома. Кіріспе: Асқазан ішек жолдарының полиптері — асқорыту жолының кез-келген бөлімінде, жұтқыншақтан тік ішекке дейін дамуы мүмкін, асқорыту жүйесі мүшелерінің шырышты қабатының қатерлі емес, анық шекарасы бар, эпителий қабатынан жоғары тұратын жаңа түзілістер болып табылады [1]. Қазіргі уақытта асқазан ішек жолдарының полипозды синдромының екі түрін қарастырады: аденоматозды (отбасылық аденоматозды полипоз, Гарднера синдром, Турко синдром и Олфилд синдром) және гамартомды (ювенильді полипозды синдром, Коуден синдромы, Банаян-Райли-Рувалькаб синдромы, Пейтца-Джигерса синдромы) [3]. Сонымен қатар асқазан ішек жолдарының полиптерінің гистологиялық түрлері бойынша бөледі: аденоматозды, гиперпластикалық, қабынулық, гамартомды. Бұл классификацияны да білу маңызды болып келеді, себебі гистологиялық құрылымы

бойынша полиптер әртүрлі қатерлік потенциалымен сипатталады[6, 10]. Полиптердің асқазан ішек жолдарының бойындағы орналасуына сай клиникалық симптоматиканы ажырату қиыншылық туғызады

Сонымен қатар полиптердің қатерлі трансформациясының қаупін 3-тен 20% дейін қарастырылады[8]. Асқазан-ішек жолдарының полиптерін уақытына сай диагностикалау қиындық туғызады және қатерлі ісікке айналуына қауіпі жоғары болғандықтан бұл мәселені қарастыру маңызды болып келеді[9].

Мақсаты:Әртүрлі жастағы науқастарда асқазан-ішек жолдарының полиптерінің анықталу жиілігін, жіктелуі бойынша түрлерінің таралуын және қауіп факторларын бағалау.

Материалдар мен әдістері:Зерттелген топқа емханалық жағдайда тексерілген 70 науқас алынды. Науқастардың жасы 40 жастан 60 жасқа дейінгі аралықтағы ер және әйел адамдар болды. Зерттеу барысында ақпарат дереккөзі ретінде науқастардың медициналық емханалық карталары пайдаланылды. Клиникалық және зертханалық- аспапты зерттеу әдістері қолданылды, оның ішінде VD BIOTEST FOB Экспресс тесті, ФГДС, фиброколоноскопия көзделген биопсия материалдары қортындысы алынды.

Зерттеу нәтижелері:Жалпы зерттеуге алынған науқастар ішінде АІЖ полиптері әйелдерде жиі анықталады, ол 64% құрады.

Жастық көрсеткішіне келетін болсақ ең жиі 60-70 жас аралығындағы науқастарда полип 50 % көбірек анықталды.

Дұрыс тамақтанбау салдарынан асқазан-ішек полиптерінің даму ықтималдығы жоғары қауіп факторы болып табылды, ол тексерілген науқастардың 67%-да байқалды. Сонымен қатар ықтималдылығы жоғары қауіп факторлері ретінде науқастардың 60-тан асқандарын, темекі шегуді (34%) , ішімдік қабылдауды (44%) қарастыруға болады. АІЖ полиптері кезіндегі жиі кездесетін клиникалық көріністер: абдоминальді ауырсыну синдромы 25%, ректальды қан кету 16 % және анемиялық синдром 16 % анықталды.

АІЖ-да полиптердің орналасуы ең жиі тоқ ішекте 42 %, ал ең азы ұлтабарда 10% құрады. VD BIOTEST FOB Экспресс тестінің нәтижелері бойынша 56 % науқастың нәжісінде жасырын қан кету белгісі анықталды. Биопсиялық материалды зерттеу нәтижесінде ең жоғары мөлшерде-аденоматозды полиптер 26% анықталды.

Аденоматозды полиптердің қатерлі ісікке айналу жиілігі жоғары болғандықтан, аденоматозды полиптердің дисплазиясының дәрежесін және түрін анықтау маңызды, нәтижесінде 21% науқаста 3 дәрежелі дисплазия және 25% кірпікшелі аденоматозды полиптер анықталды. [4] Яғни бұл науқастарда АІЖ полиптерінің қатерлі ісікке айналу қауіптілігі жоғары болды.

Қорытынды: Сонымен, жүргізілген зерттеу тәсілдерінің қорытындысына сүйене отырып АІЖ-да полиптердің ең жиі орналасуы тоқ ішекте 42%- құрады, ал қауіп факторларының ішінде, темекі шегі тамақтану сапасының төменділігі 67% құраса, темекі шегу 34% және ішімдікті көп пайдалану 44% құрады. АІЖ полиптерінің қатерлі ісікке айналуын алдын-алу үшін қауіп факторларды жойып, емханалық жағдайда 40 жастан 70 жасқа дейінгі аралықтағы науқастарға скрининг жүргізіп, полиптердің ісікке айналу қаупінің алдын алуға болады[7].

Аденоматозды полиптердің қатерлі ісікке айналу жиілігі жоғары болғандықтан, аденоматозды полиптердің дисплазиясы дәрежесін және түрін анықтау маңызды болып саналады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. – М: Триада-Х, 2011. – 443с
2. В.Т. Ивашкин, Д.Ю. Богданов, Т.Л. Лапина Гастроэнтерология. Национальное руководство ГЭОТАР-Медиа, 2013 г. – 704с ISBN: 978-5-9704-0675-5
3. Коваленко В.Л., Куренков Е.Л., Кокшаров В.Н. Морфологическая характеристика гиперпластических и аденоматозных полипов желудка. Автореф. //– 2009. – № 2. – С.18-23.
4. Лаптева Е.А., Козлова И.В., Мясина Ю.Н., Пахомова А.Л. Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения (обзор). // Саратовский научно-медицинский журнал-. 2015.- Т. № 2.- С. 252–259.
5. Ривкин, В. Л. Колопроктология : руководство / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа.- 2016. - 368 с.
6. Ф. И. Комаров и |А. Л. Гребенев, Руководство по гастроэнтерологии: в трех томах/ Т. 3. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта — М.: Медицина, 2016. — 720 с: ил. — ISBN 5-225-01208-6

7. Чалык, Ю.В. Эндоскопическое удаление полипов толстой кишки на догоспитальном этапе / Ю. В. Чалык, С. Е. Урядов В. С. Рубцов // *Фундаментальные исследования*. – 2016. – № 2. – С. 381-385.
8. Ю.А. Шелыгин. Клинические рекомендации. Колопроктология под ред. - М. : ГЭОТАР-Медиа.- 2015. - 528 с.
9. Gastrointestinal polyposis syndromes / J.G. Guillen, A. J. Smith, J. P.Calle, L. Ruo // *Curr. Probl. Surg.* – 1999. – № 36 (4). – P. 217-323.
10. Guilherme, C. F. Evaluating causes of death in familial adenomatous polyposis / C. F. Guilherme, P. R. Oliva, I. A. Rocco // *J. Gastrointest. Surg.* – 2010. – Vol. 14, № 12. – P. 1943-1949.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УЧАСТКА №4, 23 ПОЛИКЛИНИКИ «MIRAS»

Интерны 6-080 группы, ОВП №2: Тұяқбаева.Б.С.
Махатова Г.М., Байбуланова А.А.
Байманова А.М, профессор, доктор медицинских наук
НАО Медицинский Университет Караганды

Аннотация: Изучена эффективность диспансеризации больных артериальной гипертензией (АГ) участка №4, 23 поликлиники «Miras» в рамках занятий в форме RBL.

Ключевые слова: диспансеризация, артериальная гипертензия, эффективность.

Введение: Артериальная гипертензия является серьезной проблемой современного общественного здравоохранения способствующим развитию инсульта и инфаркта миокарда, часто приводящая к инвалидности и смерти.[1]

Цель: изучить эффективность динамического наблюдения больных артериальной гипертензией участка №4, 23 поликлиники «Miras».

Материалы и методы: оценка диспансеризации 61 больных АГ по системе Kmis в рамках протоколов диспансеризации, контрольная карта 0-30у форма, отчет врача ВОП за 2017г - 2018г. Критериями эффективности приняты кратность обращения к врачу, стационарное лечение, стационар на дому, дневной стационар, дни

нетрудоспособности, случаи инвалидности.

Результаты и обсуждения: Среди исследованных 61 больных составили женщины - 27(44,3%), мужчины - 34(55,7%). На диспансерном наблюдении состояли с АГ 1 степени - 3(4,9%), 2 степени - 31(50,8%), АГ 3 степени - 27(44,3%). Ассоциированные болезни АГ выявлены: ОНМК – 16(26,2%) , ИБС - 32(52,5%), ПИМ - 8(13,1%), ретинопатия – 16(26,2%), ХСН – 33(54%).

Изучение выполняемости динамического наблюдения показало, что из 61 больных 34(55,7%) прошли обследование согласно протоколу.

Немедикаментозное лечение по рекомендации врача выполняли 41(67%), отказ от вредных привычек 15(24,5) %;

Постоянную поддерживающую антигипертензивную терапию получали 88% наблюдаемых: бета–адреноблокаторами 55,7%, ингибиторами АПФ 67%, антагонистами кальция 21,3%, диуретиками 31,1%, БАР 11,5%.

Показатели эффективности диспансеризации 2018г установили обращаемость к врачу 97 случаев(в 2017-81), лечение в стационаре на дому получили 17 больных(в 2017-15), в дневном стационаре 11(в 2017-10), дни нетрудоспособности составили 14(в 2017-6), инвалидность установлена у 5 больных(в 2017-5). Санаторно-курортное лечение и лечебная физкультура не проводились.

Вывод: Среди наблюдаемых преобладают больные АГ 2 степени. Наиболее частой ассоциированной патологией отмечены ХСН, ИБС. Регулярному наблюдению подвергались 55,7% больных. Больные активно получают лекарственную терапию(88%), лечение в стационаре на дому и в дневном стационаре, что позволяет сохранению качества жизни и трудоспособности.

Заключение: критерии эффективности динамического наблюдения 2018г увеличились по сравнению с 2017г. Одна из причин которой связана с повышением качества медицинского обслуживания.

Литература:

1.Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Болезни системы кровообращения в медицине неотложных состояний // Материалы III Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (7–8 ноября 2014 года). — Самара, 2014. — 170 с.

INSULIN RESISTANCE AND ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS RISK IN PATIENTS WITH IMPAIRED CARBOHYDRATE METABOLISM

Sheryazdanova Dinara Nurlanovna,

PhD student of 2 year

"Karaganda Medical University" NJSC, Karaganda, Kazakhstan

Annotation Adverse cardiovascular events rate in patients with T2DM could be associated with insulin resistance and often associated with macrovascular complications. The observational study of 124 patients established that increased HOMA-IR is associated with bigger chances of MAGE.

Key words adverse cardiovascular events, insulin resistance, diabetes mellitus

Introduction The importance of association between diabetes and cardiovascular disease is undeniable. Diabetes mellitus increases the age-related risk of cardiovascular diseases by 2 times in men and 3 times in women [1-4]. It was noted that death rate in patients with diabetes is more often happens from macrovascular complications [5-6]. Insulin resistance is traditionally associated with type 2 diabetes mellitus (T2DM) [7-8], but was insufficiently explored in T2DM patients in acute phase of adverse cardiovascular events [9-10].

Objective The aim of the study was to estimate the insulin resistance index (HOMA-IR) in patients with carbohydrate metabolism disorder and main adverse cardiovascular events (MAGE) in acute phase.

Materials and Methods The observational study included 124 patients was provided. The patients were classified as having an acute coronary syndrome (MAGE) at the first day from the moment of onset; T2DM patients with cardiovascular risk factors as arterial hypertension, abdominal obesity, hyperglycemia without MAGE. The patients were presented as normoglycemic with Glycated hemoglobin (HbA1C) \leq 5.7% (1 group) and T2DM with HbA1C \geq 6.5% (2 group). Calculation of insulin resistance index (HOMA-IR) was provided using serum insulin and glucose level.

Comparison of the studied parameters in groups was provided using the non-parametric Mann-Whitney test. The calculation of the chances was provided through the joint distribution of probabilities of two binary random variables. The differences were established at $p < 0.05$.

Results and Discussion The study involved 124 participants: 49% of men and 51% of women. 1 group included 14 patients with MAGE and 38 patients without MAGE. Median of HOMA-IR in the 1 group: in individuals without MAGE was $Me=1.57$ ($Q_{25-27}=0.89-2.77$) with MAGE - $Me=3.30$ ($Q_{25-27}=1.43-11.12$), respectively, $p < 0.001$. In the 2 group there were 28 patients with T2DM and MAGE and 34 patients with T2DM without MAGE. Medians of HOMA-IR in the 2 group were: $Me=5.58$ ($Q_{25-27}=1.49-6.96$) in patients without MAGE and $Me=8.01$ ($Q_{25-27}=5.05-13.32$) in patients with MAGE respectively, $p=0,024$. Evaluating the insulin resistance index was estimated that in patients with $HOMA-IR > 2.7$, which corresponds to insulin resistance, the chances of MAGE were 2.84 times bigger than in patients with normal insulin sensitivity, $OR = 2.84$ [95 % CI 1.79-4.55].

Findings The results of the study determine the significance of preventive measures aimed primarily at reducing insulin resistance in person with impaired carbohydrate metabolism.

Conclusion Increased HOMA-IR is associated with an increased chance of MAGE, both at normal blood glucose levels and among patients with established type 2 diabetes mellitus.

References

1. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation* 1979; 59:8.
2. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993; 16:434.
3. Л. Е. Рудакова, Ю. Б. Беляева, Ф. К. Рахматуллов, Л. А. Бондаренко, С. В. Ушакова Особенности течения фатального

РОЛЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Мясникова ж.В.

Докторант нао мук

Руководитель: калиева ш.С.

Зав. Кафедры клинической фармакологии и доказательной
медицины, к.М.Н.

Ключевые слова: Рассеянный склероз, кишечная микробиота.

Введение: Этиология рассеянного склероза определяется совокупностью генетических факторов и факторов внешней среды и на данный момент нет однозначных данных о том, что именно играет определяющую роль в развитии и прогрессировании заболевания [1-5]. В последнее время, благодаря повышению доступности технологий секвенирования, исследователи обратили пристальное внимание на изучение роли кишечной микробиоты в патогенезе различных заболеваний, в том числе и РС. Ее изучение поможет выявить механизм формирования аутоиммунного ответа и способствовать лучшему прогнозированию течения заболевания [6].

Цель исследования: Провести систематический обзор данных лабораторных и клинических исследований, посвященных изучению состояния кишечной микробиоты при РС.

Материалы и методы: Литературный обзор проводился с использованием электронных баз данных биомедицинских исследований (MEDLINE, EMBASE, PubMed, Cochrane Library, Scopus, eLibrary) до 1 декабря 2018 года включительно, опубликованных на английском и русском языках. Поиск осуществлялся по ключевым словам «рассеянный склероз», «кишечная микробиота», «multiple sclerosis», «gut microbiota». Для обзора отобраны исследования, проводившиеся в лабораторных условиях на модели экспериментального аутоиммунного энцефаломиелимита мышей (ЭАЭ) и клинические исследования больных РС. Всего было проанализировано 15 исследований.

Результаты: В анализируемых исследованиях было установлено, что развитие и прогрессирование РС связано с изменением качественного и количественного состава кишечной микробиоты, как в экспериментальной модели, так и у человека.

Ключевую роль, по всей видимости, играет уменьшение биоразнообразия и обеднение микробиоты у больных РС. Так, показано, что в большем количестве исследований у больных РС определялось более низкое содержание бактериоидов рода *Parabacteroides*, при этом содержание *Acinetobacter* и *Akkermansia* увеличивалось. Изменение содержания некоторых видов микроорганизмов может приводить к изменению концентрации ряда продуцируемых ими метаболитов, потенциально способных влиять на течение РС. Так, наблюдаемое в ходе исследований уменьшение таких бутират-продуцирующих бактерий, как *Butiricimonas*, *Faecalobacterium prausnitzii* в стуле больных РС способствует снижению концентрации в крови бутирата, обладающего противовоспалительным эффектом. Уменьшение числа бактерий рода *Bacteroidetes* приводит к значительному уменьшению у больных РС концентрации соединения липид 654. Его клиническое значение изучается, однако есть данные о связи его с функционированием Толл-подобных рецепторов [2]. Особое внимание было уделено изучению иммунологических механизмов, обуславливающих взаимодействие кишечной микробиоты и организма хозяина. Так, ряд микроорганизмов может индуцировать воспаление и способствовать усилению продукции провоспалительных цитокинов, а также оказывать воздействие на развитие аутореактивных Th-1 и Th-17 клеток. Также исследователями проводилось изучение влияния лечения на изменение состава микробиоты. Так, на фоне стандартной терапии, обнаружались изменения *Bacteroidaceae*, *Faecalibacterium*, *Ruminococcus*, *Lactobacillaceae* и *Clostridium*, что сопровождалось улучшением клинической симптоматики. В то же время и модификация состава микробиоты посредством пробиотиков приводила к улучшению течения заболевания. Однако, в представленных исследованиях с вовлечением больных РС механизмы подобных взаимодействий изучены недостаточно [7-20].

Выводы: Таким образом, согласно данным проанализированных исследований, можно заключить, что изменение микробиоты кишечника влияет на развитие и течение РС. Однако информации, полученной в ходе клинических исследований на пациентах с РС все еще недостаточно для того, чтобы однозначно судить о механизме влияния кишечной микробиоты на патогенез заболевания.

Список литературы:

1. Atlas of multiple sclerosis. Multiple Sclerosis International Association: 2013. 28 p.
2. М.Г.Абдрахманова, Р.А. Беляев, Н.В. Тарасова, Е.А. Самойленко Клиническая и эпидемиологическая характеристика рассеянного склероза в Карагандинском регионе // Журнал неврологии и психиатрии, 2, 2015; Вып. 2.
3. Kingwell E., Marriott J.J., Jetté N., Pringsheim T., Makhani N., Morrow S.A. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review // BMC Neurology. - 2013. - №13:128.
4. Sharareh Eskandarieh, Pouria Heydarpour, Alireza Minagar, Shadi Pourmand, Mohammad Ali Sahraian Multiple Sclerosis Epidemiology in East Asia, South East Asia and South Asia: A Systematic Review // Neuroepidemiology. 2016. №46:209. P. 209-221.
5. Multiple Sclerosis International Federation (2015) Atlas of MS: mapping multiple sclerosis around the world. Accessed 6 Sept 2015
6. Richard Nicholas and Waqar Rashid Multiple sclerosis. Systematic review // Clinical Evidence. 2012. №02:1202.
7. Kerstin Berer, Marsilius Mues, Michail Koutrolos, Zakeya Al Rasbi Commensal microbiota and myelin autoantigen cooperate to trigger autoimmune demyelination Nature – Vol 479 24 November 2011, doi:10.1038/nature10554
8. Sushrut Jangi, Roopali Gandhi, Laura M. Cox, Ning Li, Felipe von Glehn and others Alterations of the human gut microbiome in multiple sclerosis // Nature Communication . 2015. №7:12015.
9. Egle Cekanaviciutea, Bryan B. Yoob, Tessel F. Runiaa, Justine W. Debeliusc , Sneha Singha and Sergio E. Baranzinia Gut bacteria from multiple sclerosis patients modulate human T cells and exacerbate symptoms in mouse models // PNAS. 2017.

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Механцева и.В., Бахытжанова а.А.,

Турдыбекова а.М.

Резиденты НАО «МУК», ТОО «Центр гематологии»

Аннотация: В статье представлен анализ микробиологического спектра и резистентности бактерий, выделенных из крови больных гемобластозами за 2017-2019гг. в гематологическом центре г.Усть-Каменогорска, за 2018-2019гг. г.Караганды.

Ключевые слова: нейтропения, гемобластоzy, микрофлора, антибактериальная терапия, гематология.

Введение: Внедрение стандартов антибиотикотерапии позволяет снизить количество бактериемий и свести к минимуму наличие резистентных штаммов бактерий.

Цель: Оценить влияние внедрения стандартов антибиотикотерапии на микробиологический спектр и резистентность микроорганизмов у пациентов гематологического профиля.

Материалы и методы: В центрах гематологии введены стандарты ЕСІL [4] с 2017г в г.Усть-Каменогорск, с 2018г в г.Караганда.
исследования: истории болезни пациентов с гемобластозами, получавшие лечение в данных центрах. Посевы крови проведены с использованием систем Bact/Alert и Vitek. Всего было проанализировано 110 посевов на стерильность. Регистрировались положительные высевы у пациентов с фебрильной нейтропенией и без нее.

Результаты и обсуждение: Из 110 посевов крови: у 23 (20,9%) больных была выявлена бактериемия, из них у 18 (78,2%) с фебрильной нейтропенией. В 13 случаях (56,52%) выделена грамотрицательная флора, в 10 (43,47%) – грамположительная (результаты представлены в таблице).

Таблица. Структура возбудителей, выделенных из посевов крови на стерильность.

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (17,39%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i> MRS, aureus (в т.ч. 1 PBP резист.)	7 (30,4%)
<i>Streptococcus mitis</i>	2 (8,6%)
<i>Enterobacter aerogenes</i>	1 (4,3%)
<i>Staphylococcus haemolyticus</i> MRS	1 (4,3%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2 (8,6%)
<i>Escherichia coli</i> (в т.ч. 2 PBP резист.)	6 (26%)
Итого	23 (100%)

В ходе исследования выявлено, что бактериемия составила 20,9% от общего числа посевов. Из них 21,7% представлены резистентными штаммами, значимая резистентность 8,6% (2 высева с MRS).

По данным крупнейшего межконтинентального исследования ECIL, соотношение числа Грам (+) и Грам (-) бактериемий у взрослых пациентов с гемобластозами в среднем 55:45, из них резистентные штаммы: ESBL (76%) и MRS (4%)[1]. В сравнении с литературными данными, наше исследование свидетельствует о преобладании Грам (-) флоры, увеличении резистентности MRS и отсутствии ESBL штаммов.

Выводы:

- Преобладают бактерии без значимой резистентности. Отсутствуют Грам (-) ферментирующие бактерии.
- В нашем центре частота бактериемий, вызванных Грам (-) выше, чем в других клиниках мира, что с большой вероятностью обусловлено внедрением стандартов ECIL.

Заключение: В локальном гематологическом стационаре внедрение стандартов ECIL позволяет уменьшить ненужное воздействие антибиотиков и свести к минимуму распространение устойчивых возбудителей.

Список литературы:

1. Aetiology and resistance in bacteraemias among adult and paediatric haematology and cancer patients. Mikulska M, Viscoli C, Orasch C, Livermore DM, Averbuch D, Cordonnier C, Akova M, for the Fourth European Conference on Infections in Leukemia Group (ECIL-4), a joint venture of EBMT, EORTC, ICHS, ELN and ESGICH/ESCMID. *J Infect.* 2013 Dec 24.
2. EUCAST expert rules in antimicrobial susceptibility testing. R. Leclercq, R. Canton, D. F. J. Brown, C. G. Giske, P. Heisig, A. P. MacGowan, J. W. Mouton^{4,8}, P. Nordmann, A. C. Rodloff, G. M. Rossolini, C.-J. Soussy, M. Steinbakk, T. G. Winstanley and G. Kahlmeter. *Clin Microbiol Infect* 2013;19: 141–160
3. European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutropenic patients in the era of growing resistance: summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia Claudio Viscoli Inge C. Gyssens Winfried V. Kern Galina Klyasova Oscar Marchetti Dan Engelhard, 1 and Murat Akovan. Behalf of ECIL4, a joint venture of EBMT, EORTC, ICHS, ESGICH/ESCMID and ELN. Manuscript received on May 24, 2013. Manuscript accepted on September 17, 2013.
4. The role of antibiotic stewardship in limiting antibacterial resistance among hematology patients Inge C. Gyssens Winfried V. Kern and David M. Livermore on behalf of ECIL-4, a joint venture of EBMT, EORTC, ICHS and ESGICH of ESCMID, 2013

СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

К.Е.Баспакова., А.Р.Астраханов., Н.А.Ержигит., М.А.Отесин.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Р.А.Арынгазина
НАО ЗКМУ им. М.Оспанова, Актобе (Актюбинск), Казахстан

Аннотация: Сделана оценка сосудистого возраста и риска сосудистых осложнений за 5 лет у пациентов артериальной гипертензией. Определена разница между сосудистым и биологическим возрастом. Все пациенты получали лечение в терапевтическом отделении Сырдарьинской центральной районной больницы Кызылординской области.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сосудистый возраст, шкала ASCORE, оценка сосудистого риска, атерогенный коэффициент.

Введение. Артериальная гипертензия относится к важнейшим факторам риска почти для всех сердечно-сосудистых заболеваний, приобретенных в течение жизни, в том числе ишемической болезни сердца, гипертрофии левого желудочка и клапанных пороков сердца, нарушений сердечного ритма, включая мерцательную аритмию, церебральный инсульт и почечную недостаточность. Качественная суммарная оценка функционального состояния и структуры сосудистой стенки, то есть оценка сосудистого возраста, может спрогнозировать развитие сердечно-сосудистой патологии и их нежелательных осложнений. В разных литературных данных доказана корреляция между коэффициентом атерогенности и риском развития сердечно-сосудистых осложнений, используя эти данные мы решили использовать этот показатель в нашем исследовании. Цель исследования – изучение сосудистого возраста, пятилетнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений у мужчин и женщин страдающих артериальной гипертензией. **Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 105 медицинских карт (003/у) пациентов, получавших лечение в терапевтическом отделении Сырдарьинской центральной районной больницы. Средний возраст пациентов составил $66,06 \pm 9,9$. В зависимости от пола, пациенты были разделены на 2 группы.

Оценка сосудистого возраста и риска сосудистых осложнений за 5 лет проводилась по шкале ASCORE. При оценке учитывались демографические параметры, статус курения, уровень систолического артериального давления, наличие предшествующей антигипертензивной терапии, уровень общего холестерина, липопротеинов высокой плотности, глюкозы и креатинина. Для статистического анализа использована программа Statistica 10. Результаты исследования. Средний возраст у мужчин составил $64,6 \pm 9,5$ женщин $66,9 \pm 10,05$. При определении сосудистого по шкале ASCORE было выявлено различие сосудистого и биологического возраста в пользу повышения в обеих группах ($70,2 \pm 10,8$ и $74,2 \pm 9,8$ соответственно). При оценке 5-летнего риска по ASCORE (в %) у мужчин в 2,56% отмечался низкий риск сердечно-сосудистых осложнений, в 25,64% был выявлен умеренный, в 69,23% высокий, а в 2,56% очень высокий риск сердечнососудистых осложнений. Во 2 группе (женщины) в 6,06% отмечался низкий, в 30,3% был выявлен умеренный, в 60,6% высокий, а в 3,03% очень высокий

риск сердечнососудистых осложнений.

Выводы. 1. На основании вышеизложенного, мы видим связь между сосудистым возрастом и риском сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией. 2. Значения сосудистого возраста может быть независимым прогностическим фактором риска у пациентов с артериальной гипертензией для развития сердечно-сосудистых осложнений.

Заключение. Определение сосудистого возраста, индекса атерогенности в качестве инструмента скрининга может оказаться полезным биомаркером для выявления риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией.

Литература

1. Драпкина, О. М., Сосудистый возраст как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / О. М. Драпкина, М. В. Фадеева // Артериальная гипертензия. – 2014. – № 4. – С. 224–231.

2.Карпов Ю.А., Влияние комбинированной гипотензивной терапии на риск сердечнососудистых осложнений и сосудистый возраст: результаты многоцентрового открытого исследования Advant'age / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2015. –№ 3. – С. 2–10.

3.Климов А.Н.,Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения. — СПб: Питер Ком,1999 г. — 512 с

4.Кутьменева К.А., Абдуллаева Э.Х., Будникова Н.В.Сосудистый возраст и пятилетний риск развития сердечно-сосудистых осложнений: гендерные отличия//Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля "Молодые ученые - развитию Ивановской области". 2017.- 93-95 с

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЗДНЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Авторы: Байжігіт М.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кузьмин В.Д.

Учреждение: АО «Медицинский Университет Астана»

Ключевые слова: геморрагическая болезнь новорожденного, новорожденные, внутричерепные кровоизлияния.

Аннотация: На основании литературных данных и результатов собственных наблюдений проанализированы случаи интракраниальных осложнений поздней геморрагической болезни новорожденных, частота которых в 2011 году составила 215 случаев на 100000 новорождённых – 41 случай на 19000 родившихся. В этой связи необходима организация и восстановление профилактических мер геморрагической болезни новорожденных.

Цель: анализ течения и результатов лечения интракраниальных осложнений при поздней геморрагической болезни новорожденных.

Материалы и методы: проанализировано 177 случаев лечения пациентов с внутрисерепными кровоизлияниями при витамин-К зависимом геморрагическом синдроме. Заболевание дебютировало в возрасте 40 ± 2 дней у 142 (80,2 %) пациентов. В клинической картине преобладали -кровоотчивость из мест инъекций - у 73 % и судороги в 44 % случаев. Оперировано 131 (74%) больных. Консервативное лечение проведено у 43 (24,3%) пациентов: с субарахноидальными кровоизлияниями - 41 (23,2%) и у 10 больных (6 %) - с небольшими по объему внутримозговыми кровоизлияниями.

Результаты: У 41 % при катанестическом исследовании неврологического дефицита не выявлено. В 59 % случаев выявлены стабильные неврологические дисфункции. У 35 ребенка (19,8%) наступил летальный исход, послеоперационная летальность в 8 (4,8%) случаях. При сравнительной оценке результатов лечения с исходами других авторов получено достоверное их различие в лучшую сторону ($p < 0,05$). Разработан алгоритм неотложной помощи на уровне поликлиники, скорой помощи и стационара.

Выводы:

- Поздняя геморрагическая болезнь новорожденных – дает высокий процент интракраниальных осложнений у детей которая полностью предотвратима универсальной профилактикой.
- Внутрисерепные кровоизлияния являются тяжелым осложнением витамин-К зависимого геморрагического синдрома у детей раннего возраста, требующим экстренной реанимационной и нейрохирургической помощи.
- Применение гемостатических препаратов (викасол, новосевэн) и геотрансфузий дает быстрый положительный эффект по восстановлению функции свертывающей системы крови.

Заключение: Поскольку парентеральное введение витамина К является основным профилактическим мероприятием предотвращения VKDB новорожденного и младенца а так же своевременное хирургическое лечение у большинства пациентов дают положительные результаты, несмотря на проведение операций при очень тяжелом общем состоянии пациента и нестабильном гемостазе

В этой связи необходима организация и восстановление профилактических мер.

Список литературы:

- 1.Ляпин А.П., Усанов Е.И. Постгеморрагическая гидроцефалия у недоношенных и ново-рожденных детей / Первая Всероссийская конференция по детской нейрохирургии: сбор-ник тезисов / под ред. Коновалова А.Н.-М., 2003.
- 2.American Academy of Pediatrics. Vitamin K Ad Hoc Task Force. Controversies concerning vitamin K and the newborn. Pediatrics 1993; 91:1001-3.
- 3.N. Danielsson, D .P. Hoa, N. V. Thang, T Vos, P. M. Loughnan. Intracranial haemorrhage due to late onset vitamin K deficiency bleeding in Hanoi province, Vietnam. Arch Dis Child Fetal Neo-natal Ed 2004;89.
- 4.Figueiredo RCP, Norton RC, Lamounier JA, Leão E. Doença hemorrágica do recém-nascido na forma tardia: descrição de casos. J Pediatr (Rio J) 1998; 74:67-70.
- 5.McNinch A, Tripp J. Haemorrhagic disease of the newborn in the British Isles: two year pro-spective study. BMJ 1991;303:1105–9.
- 6.Kries R, Gobel U. Vitamin K. prophylaxis and vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. Acta Paediatr 1992;81:655–7.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

М.Т.Шаймурат, М.Р.Ермекбаева, А.Б.Кунтуганова

Резиденты-эндокринологи

НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация: мониторинг гликемии в течение суток аппаратом непрерывного ее исследования (Medtronic iPro2) на фоне использования разных типов инсулина.

Ключевые слова: сахарный диабет (СД) 1 типа, Medtronic iPro2, мониторинг глюкозы.

Введение: диабет 1 типа характеризуется выраженной лабильностью течения, не позволяющей добиться стойкой компенсации гликемии с сохраняющейся ее вариабельностью и особенно гипогликемическими эпизодами, существенно увеличивает кардиоваскулярные риски. В достижении целевых показателей компенсации СД особой роль играет уровень базального инсулина, для поддержания которого в практике используют различные виды инсулинов.

Цель исследования: анализ вариабельности гликемии на фоне использования пикового и беспикового инсулинов для базальной терапии.

Материалы и методы: анализируемую группу составили 24 пациента с СД1 типа, 9 женщин и 15 мужчин. Катамнез диабета продолжительностью 10 ± 3 года. Средний возраст пациентов 25 лет. В качестве базисной терапии беспиковые инсулины с суточным гипогликемизирующим эффектом получали более половины пациентов (Лантус 50% и 8,4% – Левемир). И 41,6% – инсулин более короткого действия и имеющий время максимального сахароснижающего действия (Протофан). Для болюсной терапии с целью коррекции постпрандиальной терапии использовался инсулин короткого действия (Актрапид). Длительность мониторингов составила 6 ± 2 дней (4-8 дней). Для сравнительного анализа результатов мониторингов рассчитывался U критерий Манна-Уитни. Результаты статистически значимые при $P < 0,05$.

Результаты и дискуссия: проведенный мониторинг выявил вариабельность гликемии у 12% пациентов преимущественно в дневное время, что вероятно связано с погрешностями в диете и отсутствием приверженности в расчете хлебных единиц и доз короткого инсулина. Однако более выраженное негативное влияние на прогноз осложнений имеют уровни ночной гликемии, «голодной». Именно ночью у 20% пациентов, получавших Протофан (пикового действия базальный инсулин) отмечались колебания гликемии от 2,6 ммоль/л до 11,7 ммоль/л. Менее значимая вариабельность гликемии ночью выявлена у 1 пациента на беспиковом инсулине.

Анализ пищевого дневника, которого выявил значительный разброс каллоража и качественного состава продуктов, употребляемых на ужин. Клинически значимое максимальное снижение гликемии менее 3,9 ммоль/л зарегистрировано только у 10% пациентов, причем, все получали пиковый базальный инсулин (Протофан) в двух инъекциях в сутки. Результаты мониторинга суточной гликемии, ее вариабельности и критических снижений в зависимости от вида используемого инсулина, с пиковым эффектом воздействия или без такового, их достоверность оценены с помощью U критерий Манна – Уитни. Статистически значимые различия имели место именно в ночной вариабельности гликемий на разных видах инсулинов. Критерий $r = 14,5$ при $p < 0,05$. То есть гликемия, которая мало модифицируется приверженностью рекомендациям пациентов и в большей мере зависит от вида используемого инсулина.

Заключение: Полученные достоверные различия в колебаниях гликемии в зависимости от использованного инсулина диктует необходимость более широкого использования беспикового инсулина для базисной терапии во избежание прогресса хронических осложнений диабета.

Список литературы.

1.О.А. Приходина, Л.А. Алексюшина, О.Ю. Синевич, С.В.

Сурикова, Т.Я. Приходина. Исследование эффективности и безопасности применения беспикового аналога человеческого инсулина длительного действия // Оригинальные статьи №2(29) 2015

2.Сахарный диабет у детей и подростков / Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В. А. – 2016 г.

3.Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Емельянов А.О.

Инсулиноterapia сахарного диабета 1 типа: современная тактика профилактики сосудистых осложнений. Пособие для врачей. М. 2015г. 61-стр

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Кабдунасова Р. К., магистрант 2-го года обучения

Научный руководитель: Камалбекова Г.М., PhD, доцент кафедры
семейной и доказательной медицины

НАО «Медицинский университет Астана»

Аннотация. В тезисе раскрывается портрет беременной женщины с артериальной гипертензией (АГ).

Ключевые слова: хроническая артериальная гипертензия, гестационная артериальная гипертензия.

Введение. Одним из факторов риска развития сердечнососудистых осложнений у беременных является АГ. По данным ВОЗ, с ней связано 20-33 % [1, 2]. Возрастает частота АГ беременных за счет ее хронических форм на фоне роста числа пациенток с ожирением, СД и увеличения возраста беременных. И наоборот женщины, у которых была АГ при беременности, далее относятся к группе риска развития ожирения, СД, ССЗ [3].

Цель исследования: изучить характерные признаки АГ у беременных.

Материалы и методы: Исследование проведено на базах 2 организаций г. Астаны: ГП №10, ПЦ №1. Критерии отбора: факт повышения АД у беременных выше 140/90 мм рт ст. Дизайн исследования: обсервационное поперечное исследование.

Материалы исследования: индивидуальные карты беременной и родильницы (ф.110/у), история родов (ф.096/у). Обработаны данные компьютерной программой SPSS 13. Статистические методы – описательная статистика, бинарная логическая регрессия, частотный анализ. Проанализировано 707 документов: 446 истории родов и 261 карт беременной.

Беременные разделены на группы: с хронической артериальной гипертензией (ХАГ), с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ).

Группы разделены на подгруппы: АГ и сопутствующие заболевания, АГ и осложнения.

Результаты и обсуждение. В подгруппе «ХАГ и осложнения» ср.уровень САД – 146,7 мм рт ст, досрочное родоразрешение (ДР) – 8,4%, преэклампсия – 22,1%, гибель плода 1 случай (0,7%).

В «ХАГ и сопутствующие заболевания» ср. ИМТ –31,5 кг/м².

СД – 19%, ИБС и СН – 48%, хронические заболевания почек (ХЗП) – 53,4%. САД выше 160 мм рт ст – 22,9%. В «ГАГ и осложнения» ср.уровень САД – 147,9 мм рт ст, ДР– 13,8%, преэклампсия легкая – 41,2%, преэклампсия тяжелая – 29,1%, эклампсия – 0,3%, гибель плода 5 случаев (0,9%).

В «ГАГ и сопутствующие заболевания» ср. ИМТ – 28,40 кг/м². СД – 4,7%, ИБС и СН – 5,6%, ХЗП – 41%. САД выше 160 мм рт ст – 28,8%.

Выводы. АГ у беременных чаще осложняется преэклампсией и досрочным родоразрешением, сопровождается ожирением и избыточной массой тела. Недостаточно проводится прегравидарная подготовка женщин к планированию беременности.

Заключение. Создание модуля «Беременные с артериальной гипертензией» на базе «Регистра беременных и женщин фертильного возраста» обеспечит мультидисциплинарный подход и преемственность в ведении беременной на всех этапах оказания помощи.

Список литературы:

1. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень N 348. Май 2012 г.
2. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков, 2015.
3. Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol. 2012 Feb; 36(1): 56-9

НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЛОКАТОРОВ АТ- РЕЦЕПТОРОВ

Жумабаев С. С, Рузматов С. Ю, Исаметова М. М.

Научный руководитель - старший преподаватель
кафедры Гадоев С.Х.

Кафедра внутренних болезней № 3, Таджикский государственный
медицинский университет им. Абуали ибн Сино. г. Душанбе

Республика Таджикистан.

Введение. При большинстве хронических заболеваний почек, протекающих с протеинурией, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) неуклонно снижается. При этом важную роль в прогрессировании патологии почек играет АД. В настоящее время доказано, что нормализация систолического АД снижает темпы развития почечной недостаточности у пациентов, страдающих СД [1,2]. Однако при одинаковом по силе антигипертензивном эффекте оказалось, что иАПФ обладают одним из наиболее мощных нефропротективных эффектов по сравнению с другими препаратами [3-5]. В большинстве исследований, посвященных этой проблеме, нефропротективное действие ингибиторов АПФ клинически сопровождалось уменьшением степени альбуминурии [6,7]. Это связано с влиянием ингибиторов АПФ на барьерную функцию клубочков по отношению к крупным молекулам. Вероятно, этот эффект иАПФ является одним из механизмов реализации их нефропротективного действия, поскольку некоторые белки обладают токсичными свойствами при попадании в почечный интерстиций.

В исследовании REIN (The Ramipril Efficacy in Nephropathy) вошли 352 пациента, которые были разделены на 2 группы в зависимости от исходного уровня протеинурии (1-3 г/сут и > 3 г/сут). В обеих группах пациенты были рандомизированы на 2 подгруппы и получали терапию эналаприлом или плацебо [10]. Результаты исследования показали, что эналаприл снижал темпы ухудшения

клубочковой фильтрации и в два раза уменьшал риск развития терминальной стадии почечной недостаточности у пациентов с хронической нефропатией и протеинурией (3 г/сут и более) в отсутствие нарушений метаболизма глюкозы при сравнении с плацебо и другими антигипертензивными препаратами. При более продолжительном наблюдении было показано, что длительное лечение эналаприлом (36 месяцев и более) уменьшает потребность таких пациентов в проведении гемодиализа [11].

Цель исследования. Изучение нефропротективного действия ингибиторов АПФ (Эналаприл) и блокаторов АТ-рецепторов (лозартан).

Материалы и методы исследования. Работа основана в анализе 22 больных, которые получали стационарное лечение в условиях нефрологического отделения в Национальном медицинском центре РТ «Шифобахш». Из общего количества мужчины составляли 10, а женщины 12.

Пациенты были распределены на 2 группы: первую и вторую группы составляли 11 больных обоего пола. Пациенты первой группы получили препараты из группы ингибиторов АПФ (эналаприл 10 мг), а пациенты второй группы получили препараты из группы блокаторов АТ-рецепторов (лозартан 50 мг).

У пациентов первой группы до применения ингибиторов АПФ (эналаприл) со стороны биохимии мочи были фиксированы следующие показатели: у 5 пациентов первой группы общий белок мочи - 3,3 ммоль/л, у остальных 6 пациентов 1,5 ммоль/л.

У пациентов второй группы до применения блокаторов АТ- (лозартан) были отмечены следующие показатели: у 5 пациентов 1,65 ммоль/л, у 6 3,3 ммоль/л.

Возраст их составлял от 20 до 65 лет, которые имели различные заболевания со стороны почек (у 2 из них поликистоз почек, у 6 диабетическая нефропатия, у остальных гломерулонефрит без нарушения функции почек)

Всем больным были проведены традиционные методы исследования (ОАК, ОАМ, мочевины, креатинин, электролиты, УЗИ, ЭКГ, рентген, флюорография). Все Больные получали общепринятую терапию.

Результаты и обсуждение. В результате применения препаратов в течение 1 месяца были отмечены следующие показатели: у 2 пациентов первой группы белок мочи составлял 0,66ммоль/л, у 3 пациентов 0,99ммоль/л, у 5-1,65ммоль/л, у 1- 3,3 ммоль/л. У пациентов второй группы у 5- 0,33ммоль/л, у 3 0,99ммоль/л, у 3 - 1,5ммоль/л.

Выводы. Нефропротективная эффективность была высока по отношению к пациентам применявшим ингибиторы АПФ и блокаторы АТ-рецепторов, но эффект от блокаторов АТ был сравнительно больше.

Заключение. Эналаприл является эффективным ингибитором АПФ, обладающим выраженным нефропротективным действием. Его назначение пациентам с высоким риском развития почечных осложнений, имеющим риск возникновения или прогрессирования заболеваний почек, способно в значительной степени улучшить их прогноз.

Литература

1. Mogensen C. E. длительное антигипертензивное лечение, ингибирующее прогрессирование диабетической нефропатии. *Br Med J (Clin Res Ed)*. J 1982;285(6343):685- 89.
2. Parving H. H., Andersen P., Schmidt U. M., Swendsen A. P. ранняя агрессивная антигипертензивная терапия снижает темпы снижения функции почек при диабетической нефропатии. *Ланцет* 1983;1(8335):1175-9.
3. С. Бьорк, Mules X., Джонсен С. А. и соавт. Почечный защитный эффект Эналаприла при диабетической нефропатии. *BMJ* 1992; 304(6823):339-43.
4. Parving H. H., Hommel E., Smidt U. M. защита функции почек и снижение альбуминурии каптоприлом у инсулинозависимых диабетиков с нефропатией. *BMJ* 1988; 297(6656):1086-91.
5. Льюис Э. Д., Hunsicker L. G., Байн Р. П., Д. Э. роде эффект ингибирования ангиотензинпревращающего фермента на диабетическую нефропатию. *N Engl J Med* 1993; 329(20):1456-62.
6. B. Kasiske L., Kalil S. P., Ma Y. Z. и соавт. Влияние антигипертензивной терапии на почки у больных сахарным диабетом: мета-регрессионный анализ. *Ann Intern Med* 1993; 118(2):129-38.

7. Weidmann P., Schneider M., Böhlen L. терапевтическая эффективность различных антигипертензивных препаратов при диабетической нефропатии: обновленный мета-анализ. *Nephrol Пересадки Циферблат* 1995;10(Приложение 9):39-45.
8. O'Хара П., P. Vilbous, Митчел Т. и соавт. Эналаприл низкой дозы уменьшает микроальбуминурию в типе 1 диабетических пациентах без гипертензии. Исследовательская группа Атлантиды. *Диабет* 2000; 23 (12):1823-9.
9. Марре М., Lievre M., Шателье г. и соавт. Влияние низкой дозы Эналаприл на сердечно-сосудистые и почечные исходы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и повышенной экскрецией мочевого альбумина: рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование (исследование DIABHYCAR). *BMJ* 2004; 328 (7438):495.

КЕҢ БЕЙТАРАПТАУШЫ АНТИДЕНЕЛЕР - bNAbs- ТАРДЫҢ КӨМЕГІМЕН АИВ-1 ИНФЕКЦИЯСЫН ВАКЦИНАЦИЯ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ

Тастанбек Ұлсана Жамбылқызы
«Астана медицина университеті» КеАҚ

Кіріспе: 15 жылдан бері әлемнің барлық клиникаларында әлеуметтік маңызы бар көптеген ауруларға қарсы антидененің жұмыс істеу негізіне бағытталған емдеу жолдары қолданылып келеді. Осы орайда, АИВ-ға қарсы кең бейтараптаушы антиденелерді толық зерттеуіміз керек [1,2].

Мақсаты: Кең бейтараптаушы антиденелер – bNAbs толығынан зерттеу арқылы АИВ-1-ге қарсы вакцинаның вирустың ағзада таралуына тосқауыл болуы және организмнен толықтай шығарып тастауы жөніндегі теориясын дәлелдеп қолданысқа енгізуге ұсыныс жасау.

Материалдар мен әдістер: Берілген жұмыста әлемдік медициналық сайттардан алынған соңғы мәліметтерге талдау жұмыстары жүргізілген. Қысқаша баяндайтын болсам, АИВ-1 клетканы

инфекциялайды, антидене вирусты байқап, онымен байланысады, нәтижесінде оны «құлыптап» жасушаға енуіне тосқауыл болады [9].

Қорытынды: Биылғы жылы АИВ жұқтырушылар саны көп тіркелген аймақтарға вакцина жүргізу шарасы қолға алынбақ. Осы орайда, мен де өз үлесімді қосу мақсатында бірқатар ұсыныстар айтқым келеді:

Вакцина теориясымен айналысатын орталықтар мен ғылыми институттар ашу;

Мақсатымыз: 90-90-90» жобасын Қазақстанға енгізу.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1.Д. Н. Щербаков, А. Ю. Бакулина, Л. И. Карпенко, А. А. Ильичев. Антитела, нейтрализующие широкий спектр изолятов ВИЧ-1, новая грань иммунной системы - 02.04.2015, 14-15 б.

2.Мирхат Ажигалиев, Сколько ВИЧ-инфицированных в Казахстане [Электрондық ресурс] – 08.08.2017 URL: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-vich-infitsirovannyih-v-kazahstane-323891/

3.А. Н. Взорова, Л. В. Урываев. Критерии для индукции нейтрализующих антител широкого спектра действия против ВИЧ-1 с помощью вакцинации - 18.04.2017, 946 б.

4.Вакцина. [Электрондық ресурс] //Уикипедия – ашық энциклопедия/Санат: Дәрілік препараттар – 15.11.2015 URL: <https://kk.wikipedia.org/wiki/Вакцина>

5.Why the Latest HIV Vaccine Candidate Is the Best Yet [Электрондық ресурс] // Healthline – 2005 – URL: <https://www.healthline.com/health-news/latest-hiv-vaccine-candidate-is-best-yet#1>

6.IAVI and Serum Institute of India to Develop and Manufacture Globally Affordable and Accessible Antibody Products for HIV [Электрондық ресурс] // International AIDS Vaccine Initiative – 2018 – URL: <https://www.iavi.org/newsroom/press-releases/2018/iavi-and-serum-institute-of-india-to-develop-and-manufacture-globally-affordable-and-accessible-antibody-products-for-hiv>

7. HIV vaccine: The basis [Электрондық ресурс] // AVAC. Global Advocacy for HIV Prevention – 2018 – URL: <https://www.avac.org/vaccines/basics>
8. HIV vaccine [Электрондық ресурс] // Wikipedia, the free encyclopedia – 13.11.2018 – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/HIV_vaccine
9. Will bNAbs yield a one size fits all HIV vaccine? [Электрондық ресурс] // New Vision – 25.11.2018 – URL: https://www.newvision.co.ug/new_vision/news/1488367/bnabs-yield-size-fits-hiv-vaccine

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Айткен А.С., Серикова А.С., Шалыгина А.А.
НАО Медицинский университет Караганды,
Караганда, Казахстан

Введение: Лица с ревматоидным артритом находятся в группе повышенного риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний, что требует более детального выявления модифицируемых факторов риска развития этих заболеваний[1-4].

Цель: Оценить модифицируемые факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: В исследование было включено 73 человека, с верифицированным диагнозом ревматоидный артрит, согласно критериям Американской коллегии ревматологов (2009), подписавших информированное согласие. Все пациенты получали базисную терапию Метотрексатом более одного года. Мужчины составили 18 человек (24%), женщины 55 человек (73%). Медиана по возрасту в группе мужчин составила (Me=50 года)(Q₂₅₋₇₅=45-56лет), в группе женщин - составила (Me=49 года)(Q₂₅₋₇₅=38-52лет). С целью выявления факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, у всех пациентов была

применена анкета, разработанная ВОЗ, а также для оценки тяжести, депрессии и тревоги, как самостоятельных факторов риска, использовались шкалы PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire-9) и GAD-7 (General Anxiety Disorder-7)[5-7].

Результаты и обсуждения: Результаты исследования показали, что у лиц с ревматоидным артритом повышенные показатели индекса массы тела составили у мужчин–55%, у женщин–70%; также увеличение показателя окружности талии мы обнаружили у 33% мужчин и у 83% женщин; курящих в группе мужчин выявлено–77%, в группе женщин–16%; респондентов, злоупотребляющих алкоголем в обеих группах выявлено не было; страдающих артериальной гипертензией составило среди мужчин 50%, среди женщин 62%; наличие сахарного диабета в анамнезе у мужчин 11%, у женщин 5%; повышение уровня холестерина крови отмечают 16% мужчин и 20% женщин; низкую физическую активность указали 36% мужчин и 28% женщин.

Согласно шкале PHQ-9 результаты составили: мягкая тяжесть депрессии была выявлена у 16% мужчин и 30% женщин, среднетяжелая степень–3% у женщин. Согласно шкале GAD-7 результаты составили: мягкая тяжесть депрессии у мужчин–3%, у женщин–27% и среднетяжелая степень–9% у женщин.

Выводы: По результатам исследования, среди пациентов с ревматоидным артритом выявлена высокая распространенность таких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний как повышенная масса тела, висцеральное ожирение, курение и повышение артериального давления. В то, время как злоупотребление алкоголем и повышение уровня глюкозы в крови наблюдалось в значительно меньшей степени.

Заключение: Высокая распространённость факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ревматоидным артритом диктует необходимость проводить активные профилактические мероприятия с целью снижения смертности и увеличения продолжительности жизни у данной категории лиц[8-11].

Список литературы:

1. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-464с. ISBN 978-5-9704-4261-6

2. Thomas Zegkos, George Kitas Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: assessment, management and next steps. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2016 Jun;8(3):86-101. doi: 10.1177/1759720X16643340. Epub 2016 Apr 30.
3. Soubrier M, Barber Chamoux N, Tatar Z, Couderc M, Dubost JJ, Mathieu S. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2014 Jul;81(4):298-302. doi: 10.1016/j.jbspin.2014.01.009. Epub 2014 May 28.
4. Nurmohamed M, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2015 Aug 18;11(12):693–704.
5. Hallajzadeh J1,2, Safiri S2,3, Mansournia MA3, Khoramdad M4, Izadi N5, Almasi-Hashiani A6, Pakzad R7, Ayubi E8, Sullman MJ9, Karamzad N10. Metabolic syndrome and its components among rheumatoid arthritis patients: A comprehensive updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017 Mar 23;12(3):e0170361. doi: 10.1371/journal.pone.0170361. eCollection 2017.
6. Parra-Salcedo F, Contreras-Yáñez I, Elías-López D, Aguilar-Salinas CA, PascualRamos V. Prevalence, incidence and characteristics of the metabolic syndrome (MetS) in a cohort of Mexican Mestizo early rheumatoid arthritis patients treated with conventional disease modifying anti-rheumatic drugs: the complex relationship between MetS and disease activity. *Arthritis Res Ther* 2015;20(February (17)):34.
7. Bonek K, Głuszko P. Cardiovascular risk assessment in rheumatoid arthritis – Controversies and the new approach. Vol. 54, *Reumatologia.* 2016. p. 128–135
8. Ногаева М.Г. Динамика распространенности ревматоидного артрита среди взрослого населения в Республике Казахстан за 2011—2012 гг// *Терапевтический архив.* - 2015. - №12. - С. 55-58
9. van Halm VP, Peters MJL, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al. Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease: a cross-sectional study, the CARRE Investigation. *Ann Rheum Dis.* 2009 Sep 1;68(9):1395–400.
10. Herder M, Arntzen KA, Johnsen SH, Mathiesen EB. The metabolic syndrome and progression of carotid atherosclerosis over 13 years. The Tromso study. Vol. 11, *Cardiovascular diabetology.*

11. Герасимова Е.В. Десятилетний риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ревматоидным артритом // Терапевтический архив. - 2011. - №5. - С. 14-19.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА УРОВНЕ ПМСП

Ганжула Ю.Л.

Научный руководитель:

Уразова С.Н. д.м.н. зав. кафедрой ОВП№2 НАО «МУА»,

Место учебы: НАО «МУА» магистратура

Аннотация: В данной работе затрагивается тема структуры аллергических заболеваний, их распространенность и особенности оказания неотложной медицинской помощи (НМП) и тактики ведения пациентов на уровне ПМСП[3].

Ключевые слова: аллергические заболевания, клинические особенности, эпидемиологические особенности, неотложная помощь, ПМСП.

Введение: В работе будут изучены клинико-эпидемиологические особенности оказания НМП при аллергических заболеваниях на уровне ПМСП.

Цель: Изучить структуру аллергических заболеваний, оказание НМП и тактику ведения пациентов на уровне скорой помощи при ПМСП в течение года.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование карт вызовов (16000) «Городской поликлиника №10» г. Нур-Султан за 2018 год. Заполнение электронной базы данных проводили с использованием программы Microsoft Excel. Материал был статистически обработан. **Результаты и обсуждения:** Всего за год было 741 обращение с аллергическими заболеваниями, что составляет 5% в общей структуре вызовов скорой помощи при ПМСП. При анализе пола выявлено, что пациенты женского пола составляют 54%, мужского-46% от числа вызвавших неотложную помощь.

При анализе возраста выявлено, что 50% вызовов приходится на возраст 1–10 лет, 15,2% на возраст 11-20 лет, 17% на возраст 21-30 лет, 9,8% на возраст 31-40 лет, 8% на возраст старше 40 лет.

При анализе структуры выявлены 5 видов аллергических заболеваний: аллергический дерматит - 5,6%, крапивница - 41,4%, острый аллергоз - 36,5%, инсектная аллергия - 10,2%, отек Квинке - 6,3%. Пик вызовов приходится на июль и август. В 49% всех случаев пациентам была оказана помощь в виде инъекций хлоропирамина и в 38,4% случаях - преднизолона, дозировки и пути введения этих препаратов указывались не всегда. 82,7% оказанной помощи приходится на пациентов с диагнозами: Крапивница и Острый аллергоз, в то время как пациентам с диагнозом Отек Квинке помощь оказана лишь в 50% случаев.

После оказания помощи 10% пациентов были госпитализированы, 5% отказались от госпитализации, в 22% случаев был передан актив в поликлинику, в отношении 63% пациентов тактика не указана.

Выводы: В результате анализа данных нами было замечено:

1. Формулировка диагнозов не соответствует МКБ 10 (Инсектная аллергия, Острый аллергоз) [1];
2. Помощь оказывается с расхождением с клиническими протоколами диагностики и лечения РК, в картах вызовов не указана дозировка и пути введения препарата[2];
3. В большинстве случаев не указана тактика дальнейшего ведения пациента.

Заключение: Данные результаты имеют практическую значимость для бригад НМП при ПМСП и позволяют совершенствовать оказание помощи населению.

Список литературы:

1. Классификатор МКБ 10
2. Клинические протоколы МЗ РК
3. Приказ МЗ РК № 450 от 3 июля 2017 года: «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Салехова Д.С., студентка 1 курса
Ниязова Ю.И., докторант
научный руководитель - д.м.н, профессор кафедры морфологии и
физиологии Миндубаева Ф. А.
Карагандинский медицинский университет, г. Караганда,
кафедра морфологии и физиологии.

Аннотация. Определены нормальные показатели функции правого желудочка, частота и структура врожденных пороков сердца у детей в возрасте от 1 до 3 лет по данным эхокардиографии.

Проведен сравнительный анализ нормальных показателей эхокардиографии с показателями эхокардиографии у детей врожденными пороками сердца, имеющих высокий риск развития ЛАГ.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца (ВПС), легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), эхокардиография (ЭХО КГ), дети раннего возраста.

Введение. Проблема диагностики легочной артериальной гипертензии в последние годы привлекает повышенный интерес исследователей разных стран мира[3,4]. Легочная гипертензия, в соответствии с рекомендациями 2014 г., определяется как повышение среднего давления в легочной артерии выше или равное 25 мм рт. ст. в покое по данным манометрии, проведенной во время катетеризации правых отделов сердца[2].

Однако катетеризация полостей сердца у детей раннего возраста с ВПС чревата развитием серьезных осложнений, вплоть до остановки сердца.

Поэтому первостепенной задачей клинической медицины является выявление менее травматичных, неинвазивных методов диагностики ЛАГ у детей раннего возраста. Важным и до конца нерешенным остается вопрос о возможности использования эхокардиографии для постановки диагноза легочной гипертензии [1].

Цель. Провести сравнительный анализ показателей ЭХО КГ здоровых детей и детей, имеющих врожденные пороки сердца, с высоким риском развития ЛАГ.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей ЭХО КГ, характеризующих внутрисердечную гемодинамику, у 132 детей до 3 лет, направленных на исследование в клинику «Аланда» г. Караганды для исключения диагноза ВПС. ЭХО КГ проводилась на аппарате Phillips.

Оценка функционального состояния малого круга кровообращения проводилась по общепринятым критериями: диаметр лёгочной артерии, давление в лёгочной артерии, размер правого желудочка, правого предсердия, толщина стенок ПЖ, соотношение лёгочного и системного кровотока, степень регургитации на трикуспидальном клапане.

Результаты: Из 132 детей, направленных на обследование, в 34% случаев выявлены ВПС, из них в 14,5% - пороки с высоким риском развития ЛАГ. Были определены нормальные показатели функции ПЖ у детей в возрасте от 1 до 3 лет и особенности ЭХО КС при врожденных пороках сердца с риском развития ЛАГ.

В группе детей с выявленными пороками сердца 19% составили МАРС, 5%- ДМЖП, 5%-ДМПП, 3%- стеноз ЛА, 1%-ОАП и 1%-комбинированные пороки.

При наличии потенциальной и клинически явной ЛАГ выявлены изменения соотношения Q_p/Q_s , увеличение диаметра лёгочной артерии, давления в лёгочной артерии, размеров правого желудочка и правого предсердия. Особого внимания заслуживает значительное снижение междефектного градиента по мере нарастания давления в правых отделах сердца.

Заключение. Наши исследования подтвердили возможность использования ЭХО КГ в диагностике ЛАГ, который является не травмирующим методом исследования, что очень важно для детей с данным заболеванием.

Литература:

- 1.Белевская А.А., Дадачева З.Х., Саидова М.А. и др. Возможности эхокардиографии в диагностике легочной гипертензии и оценке ремоделирования сердца// Лечебное дело. – 2015. - №1. – С.111-121.
- 2.Бокерия Л.А. Клинические рекомендации по ведению с врожденными пороками сердца.- М.: НЦССХ им А.Н. Бакулева, 2014. – 342с.

3. Хагай Е.И, Абильмажинова Г.Д. Врожденные пороки сердца у детей, осложненные легочной гипертензией. Диагностика и Литературный обзор// Наука и здравоохранение. - 2017. - №5. - С. 129-144.
4. Gorenflo M., Mebus S., Adatia I., Cerro M. J., Bonnet D., Beghetti M. Neonatal and Childhood Pulmonary Hypertension// J. Clin. Exp. Cardiol. - 2012.- №1. - P.146-158.

USING THE LUNG ULTRASOUND OF PULMONARY CONGESTION TO PROGNOSE THE DEVELOPMENT IN CHRONIC HEART FAILURE

Bidayshieva Aiman Ilimbekovna

Zholshybek Nurmakhan Zholshybek

Department of Therapeutic Disciplines, Faculty of Continuing Professional Development of Karaganda Medical University. Kazakhstan.

Scientific adviser – Assistant, M.D., Bigaydarova G. K.

Key words: ultrasound, chronic heart failure, pulmonary congestion.

Background: Heart failure (HF) remains an important healthcare concern because of its high prevalence, associated morbidity, short- and long-term mortality, and costs. Most HF exacerbations are related to a progressive rise in cardiac filling pressures that precipitates pulmonary congestion and symptomatic decompensation. Lung ultrasound (LUS) has been identified as more sensitive and specific than physical examination and chest X-ray in the acute care setting, the prognostic significance of LUS in ambulatory patients with chronic HF is unclear.

Aim: Pulmonary congestion is a common and important finding in heart failure (HF).

While clinical examination and chest radiography are insensitive, lung ultrasound (LUS) is a novel technique that may detect and quantify subclinical pulmonary congestion.

We sought to independently relate LUS and clinical findings to 6-month HF hospitalizations and all-cause mortality (composite primary outcome).

Materials and Methods: We used LUS to examine 65 NYHA class II–IV HF patients (median age 66, 61% men, 74% white, ejection fraction 34%) during routine cardiology outpatient visits. Lung ultrasound was performed in eight chest zones with a pocket ultrasound device (median exam duration 2 min) and analyzed offline.

Results: In 62 patients with adequate LUS images in all zones, the sum of B-lines (vertical lines on LUS) ranged from 0 to 13. B-lines, analyzed by tertiles, were associated with clinical and laboratory markers of congestion. Thirty-two per cent of patients demonstrated ≥ 3 B-lines on LUS, yet 81% of these patients had no findings on auscultation. During the follow-up period, 17 patients (27%) were hospitalized for HF or died. Patients in the third tertile (≥ 3 B-lines) had a four-fold higher risk of the primary outcome (adjusted HR 4.08, 95% confidence interval, CI 1.95, 8.54; $P < 0.001$) compared with those in the first tertile and spent a significantly lower number of days alive and out of the hospital (125 days vs. 165 days; adjusted $P < 0.001$).

Conclusion: Pulmonary congestion assessed by ultrasound is prevalent in ambulatory patients with chronic HF, is associated with other features of clinical congestion, and identifies those who have worse prognosis.

References:

- 1) [Gargani L. Ultrasound of the lungs: More than a Room with a View. *Heart Fail Clin.* 2019 Apr; 15(2):297-303.]
- 2)[Pellicori P., Shah P., Cuthbert J., Urbinati A., Zhang J., Kallvikbacka-Bennett A., Cleland. Prevalence, pattern and clinical relevance of ultrasound indices of congestion in outpatients with heart failure. *Eur K Heart Fail.* 2019 Jan 22.]
- 3)[Russell FM., Ehrman RR., Ferre R., Gargani L., Noble V., Rupp J., Collins SP., Hunter B., Lane KA., Levy P., Li X., O'Connor C., Pang PS. Design and rationale of the B-lines lung ultrasound guided emergency department management of acute heart failure (BLUSHED-AHF) pilot trial. *Heart Lung.* 2018 Nov 15]

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОАРКТАЦИИ/РЕКОАРКТАЦИИ АОРТЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.

Зав.отделением детской кардиологии АО «ННКЦ» к.м.н. Иванова-
Разумова Т.В.

Детский кардиолог Байгалканова А.И.

Резидент Ахаш У.М.

АО «Национальный научный кардиохирургический центр»,
г.Нур-Султан, Казахстан

Аннотация: Нами проведен анализ данных на базе АО «ННКЦ» с целью оценки отдаленных результатов лечения коарктации/рекоарктации аорты у детей старшего возраста методом транскатетерной имплантации стента.

Ключевые слова: коарктация аорты, реконструкция аорты, катетеризация, аортография, транскатетерное стентирование коарктации аорты.

Введение

Коарктация аорты – врожденное сегментарное сужение аорты, располагающееся в области ее перешейка. [1] Коарктация аорты по частоте составляет 5-7% от всех ВПС с распространенностью 0,3-0,4 на 1000 живорожденных. [3] Лица мужского пола страдают в 2,5 раза чаще, чем женского. [2] Открытые хирургические вмешательства до сих пор остаются актуальными в лечении коарктации и реконструкции аорты у пациентов любого возраста. Существуют так же альтернативные методы лечения коарктации аорты, к чему относится транскатетерная баллонная дилатация суженного участка аорты. [5]

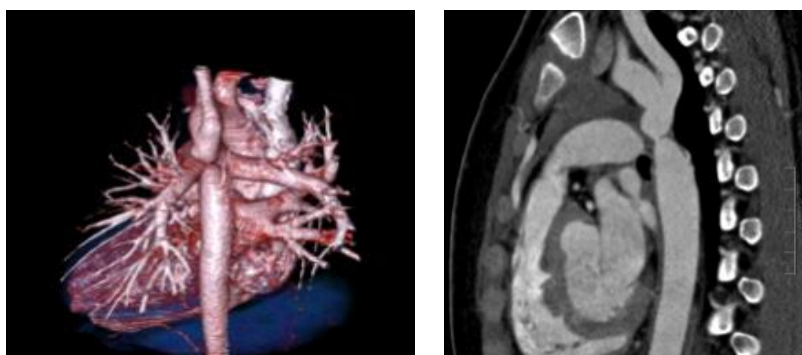
Несмотря на хорошие (от 78% до 91%) непосредственные результаты транслюминальной баллонной ангиопластики, в отдаленном периоде частота рецидива заболевания колеблется от 13% до 27%. Внедрение в клиническую практику метода стентирования значительно улучшило непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения коарктации и реконструкции аорты. [4]. Альтернативой хирургии для детей старшего возраста, подростков и молодых людей с коарктацией аорты за последнее десятилетие стало первичное стентирование коарктации аорты. [6].

Эндоваскулярная имплантация стента при лечении коарктации аорты является эффективным методом лечения, так как по сравнению с открытым способом хирургического лечения имеет меньшее количество осложнений, недолгое пребывание в стационаре в частности в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. [7].

Цель исследования: оценить отдаленные результаты лечения коарктации/рекоарктации аорты у детей старшего возраста методом транскатетерной имплантации стента.

Материалы и методы исследования: было выполнено 23 транскатетерных стентирований коарктации аорты 21 пациенту в период с июня 2015г. по октябрь 2018г. в возрасте от 2-х до 17 лет. Анализ данных проведен по ретроспективному методу. Верификация диагноза проведена на основе диагностических критериев: пульсация артерий нижней конечности, ЭхоКГ, КТ ангиография с контрастом. Пример типичной КТ-ангиографической картины коарктации аорты представлена на рисунке 1.

Рисунок 1. КТ признаки коарктации аорты.



Пациентка Б, 17 лет, коарктация аорты впервые диагностирована на фоне артериальной гипертензии. По данным ЭхоКГ максимальный градиент давления в нисходящей аорте 90 (средний 49) мм рт.ст., проведен КТ ангиография с контрастом, выявлено сужение просвета аорты до 0,3 см, с постстенотическим расширением до 1,9 см (слева КТ данные с 3D- реконструкцией, справа КТ данные в сагиттальном разрезе). Красной стрелкой указан суженный просвет.

Результаты исследования:

Базовая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Базовая характеристика пациентов.

Возраст пациентов от 2-х до 17-и лет	21 (100%)
2-5 лет	2 (9,52%)
5-12 лет	10 (47,61%)
12-17 лет	9 (42,85%)
Пол	
Мальчик	13 (61,9%)
Девочка	8 (38,09%)
Коарктация аорты	16 (69,56%)
Рекоарктация аорты	7 (30,4%)
Умеренная гипертрофия левого желудочка	15 (65,21%)
Гипертрофия левого желудочка	8 (34,78%)

Анатомическая характеристика пороков представлена на диаграмме 1.



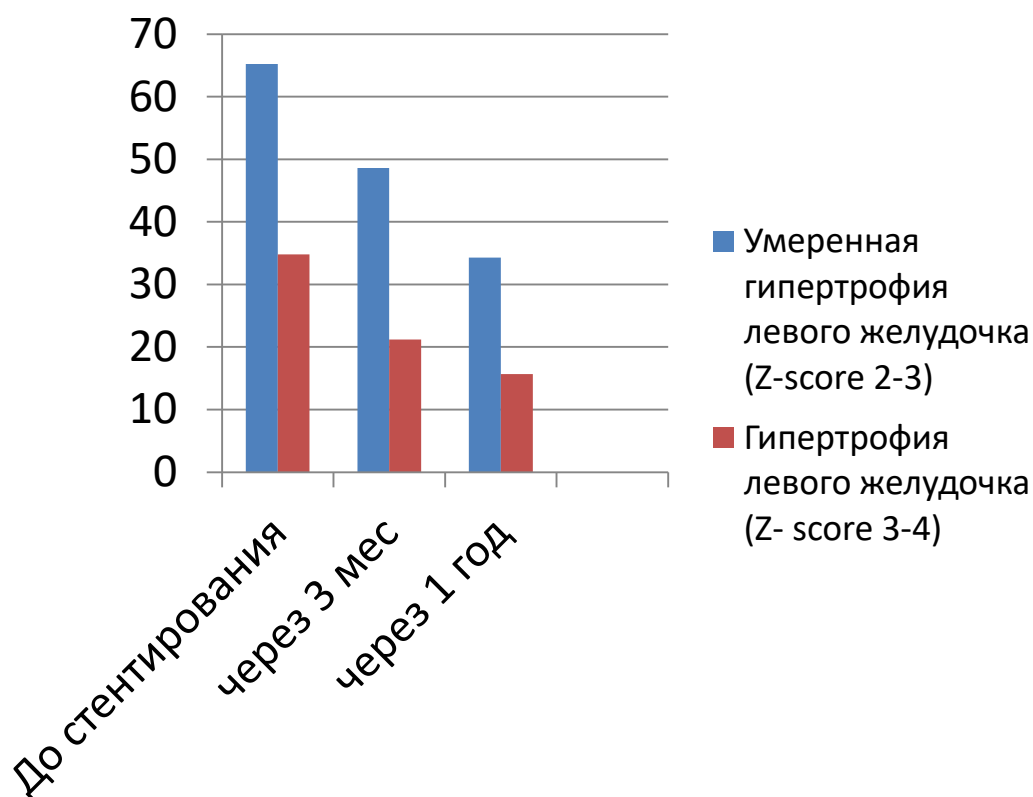
Диаграмма 1.

Эхокардиографической оценке подверглись такие важные параметры, как конечнодиастолический и конечносистолический объемы, ударный объем, фракция выброса левого желудочка.

Фракция выброса левого желудочка колебалась от 60% до 70%, в среднем 65,36%, гипертрофия левого желудочка.

По эхокардиографической характеристике конечнодиастолический и конечносистолический объемы в среднем составили $64,14 \pm 2,8$ мл и $23,40 \pm 3,1$ мл соответственно. Сравнительный анализ уровня гипертрофии левого желудочка показана в диаграмме 2.

Диаграмма 2.



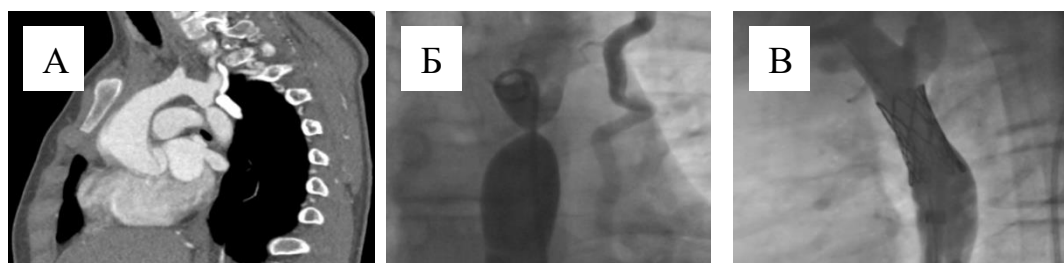
По данным доплерэхокардиографии определен градиент систолического давления (ГСД) между восходящей и нисходящей аортой. У 4 (17,39%) пациентов ГСД варьировал от 0 до 20 мм рт.ст., у 3 (13,04%) пациентов от 20 до 40 мм рт.ст., у 9 (39,1%) больных колебался от 40 до 60 мм рт.ст., а у 7 (30,4%) — от 60 и до 90 мм рт.ст. А по инвазивной манометрии градиент давления в среднем колебался от 46,43 мм рт.ст., от 0 до 20 мм рт.ст. у 1 пациента (4,34%), от 20 до 40 мм рт.ст. пациентов встречалось 10 (43,47%), от 40 до 60 мм рт.ст. 8 пациентов (34,78) и от 60 и выше 4 (17,39%). После стентирования результат инвазивной манометрии от 0 до 20 мм рт.ст. составлял 100%. Динамика среднего градиента давления в нисходящей аорте отражена в таблице 3. Характеристика проводимых вмешательств представлена в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика проводимых вмешательств

Нативная имплантация	14 (66.6%)
После хирургической коррекции КоАо	4 (19%)
Повторное стентирование КоАо	2 (9.5%)
После баллонной ангиопластики коарктации аорты	1 (4.76%)
Виды стентов (%)	
СРстент	4 (17.3%)
Coveredстент	3 (13.04%)
Palmaz Genesis стент	2 (8.69%)
ValeoStent	1 (4.34%)
AndraStent	13 (56.5%)

Градиент давления на уровне сужения непосредственно на момент проведения манипуляции после стентирования в среднем снизился до 39,7 мм рт.ст. В среднем $6,73 \pm 2,4$ мм рт.ст.

Ниже представлен клинический случай пациента, которому



проведено стентирование на фоне нативной коарктации аорты.

Рисунок 2.

Пациент А, 14 лет, впервые выявленная коарктация аорты. А. компьютерная томография сердца с контрастом указывает на наличие суженного участка аорты с минимальным просветом до 0,4 см в области перехода дуги в нисходящую часть аорты. Б. на аортографии выделен критический суженный участок (2,5 мм), до Ко 12,54 мм, после Ко 16,8 мм. В. аортография после стентирования- суженный участок расширился от 2,5 мм до 12,4 мм.

Нами проведен анализ непосредственно отдаленных результатов стентирования коарктации/рекоарктации аорты. Согласно литературным данным хорошим считался результат, при котором ГСД между восходящей и нисходящей аортой отсутствовал или не превышал 10 мм рт.ст., имел место магистральный кровоток на бедренных артериях, отсутствовали симптомы артериальной гипертонии.

Удовлетворительным - при котором было получено уменьшение ГСД между восходящим и нисходящим отделами аорты более чем на 50%, имелся измененный магистральный кровоток на бедренных артериях

Неудовлетворительным - при котором имел место возврат ГСД между восходящей и нисходящей аортой к исходному значению, наличие коллатерального кровотока на бедренных артериях и сохранение симптомов артериальной гипертонии

Таким образом хороший результат стентирования в нашем исследовании у пациентов с коарктацией аорты был получен нами у 17 (73,91%) больных, удовлетворительный результат получен у 6 (26,08%) больных.

При динамическом наблюдении пациентов в течение 1 года отмечался стойки положительный результат, динамика градиента давления в нисходящей аорте представлена в таблице 3.

Таблица 3. Динамика градиента давления в нисходящей аорте на фоне проведенной манипуляции.

	До стентирования (мм рт.ст.)	После стентирования (мм рт.ст.)	После стентирования через 3 месяца (мм рт.ст.)	После стентирования через 1 год (мм рт.ст.)	p- value
ЭхоКГ	48,15 ± 3,8	16,2 ± 2,7	14,9 ± 1,7	13,6 ± 2,5	<0,005
Инвазивно	46,43 ± 3,1	6,73 ± 2,4			<0,003
СМАД	145/89 ± 2,4	124/82 ± 1,9	112/78 ± 1,4	117/76 ± 2,3	<0,005

Выводы:

Стентирование коарктации/рекоарктации аорты у детей от 2-х до 17 лет является эффективным и безопасным методом, учитывая отсутствие осложнений во время операции, непосредственно и после нее. При динамическом наблюдении отмечаются хорошие результаты как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном послеоперационном периоде, сопровождающуюся снижением градиента давления в нисходящей аорте, уменьшением степени гипертрофии левого желудочка, отсутствие резидуальной гипертензии.

Заключение:

Метод может быть рекомендован к широкому применению у пациентов старшей возрастной категории как альтернатива хирургической коррекции.

Литературный обзор:

1. Сердечно-сосудистая хирургия под редакцией В.И.Бураковского, Л.А. Бокерия, 1989 г.,298 стр.
- 2.М.Ф. Зиньковский Врожденные пороки сердца под редакцией
- 3.академика А.Ф. Возианова, 2009 г., 795-796 стр.
- 4.Ракиш Ж.А., Горбунов Д.В., Нашкенов Т.А., Выбор хирургической тактики и оценка непосредственных результатов оперативного лечения у пациентов с коарктацией аорты, Cardio-vascular system, 2013 г.-№1, 95 стр.
- 5.Кипиани Вахтанг Константинович, Стентирование коарктации и рекоарктации аорты, 2007 г., Московский Областной Научно-исследовательский институт им М.Ф.Владимирского (МОНИКИ).
- 6.Ricardo A.Munoz, Victor O. Morell, Eduardo M. da Cruz, Carol G. Vetterly, Critical Care of Children with Heart Disease, 2010 y, 262-263 p.
- 7.Goel P, Madhu Sankar N, Rajan S, Cherian KM. Coarctation of the aorta, aortic valvar stenosis, and supraaortic stenosis with left coronary artery ostial stenosis: management using a staged hybrid approach. *Pediatr Cardiol.* 2001; 22:83-84
- 8.Matsui H, Adachi I, Uemura H, Gardiner H, Ho SY. Anatomy of coarctation, hypoplastic and interrupted aortic arch: relevance to interventional/ surgical treatment. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2007;5:871-880.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА

А.Е. Есенгельдиева

Кафедра внутренних болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Байдурын С.А.

АО «Медицинский Университет Астана»

г.Нур-Султан, Республика Казахстан

Аннотация. Метаболический синдром у женщин различного возрастного периода оказывает влияние на функциональное состояние щитовидной железы.

Ключевые слова. Метаболический синдром, репродуктивный, пре- и постменопаузальный периоды, щитовидная железа.

Введение: В последнее десятилетие увеличилась доля женщин разных возрастов с метаболическим синдромом.

Метаболический синдром (МС) у женщин на фоне ожирения, как правило, сопровождается дисфункцией щитовидной железы. Однако данные литературы, касающиеся этого вопроса у женщин пре-, постменопаузальных периодов довольно противоречивы. [1,2,6-10]

Цель. Оценить влияние метаболического синдрома на функциональное состояние щитовидной железы у женщин различного возрастного периода.

Материалы и методы. Обследовано 120 женщин разного возрастного периода, 60 из которых имеют МС в соответствии с критериями ВОЗ (1998). Согласно критериям IDF (2005) наличие МС установлено благодаря следующим данным: антропометрическим (экзогенно-конституциональное ожирение I степени: ИМТ – 31,81,02; абдоминальное ожирение: ОТ – 101,3±2,5; ОБ-123,9±2,1; биохимическим - выявлена инсулинорезистентность - индекс НОМА-IR – 4,82±0,52. Данные показатели в группе женщин всех возрастных периодов без МС были в пределах нормы.

Нами определены 3 группы женщин различного возрастного периода с МС и без него. Группа женщин репродуктивного возраста с МС (18-44 года) – 20 и без МС-20; пременопаузального возраста с МС (45-59 лет) -20 и без МС-20 женщин и постменопаузального возраста с МС (60-74 года) -20 и без МС- 20 женщин.

Помимо антропометрических данных исследованы некоторые показатели углеводного и липидного обмена (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика некоторых показателей углеводного и липидного обмена у женщин различного возрастного периода с метаболическим синдромом и без него (n-120)

Показатели	Наличие МС	18-44	45-59	60-74
Глюкоза	с МС (n-20)	6,1 0,25	6,30,25	7,20,29
	без МС (n-20)	4,3 0,29	5,10,15	4,70,38
Инсулин	с МС (n-20)	15,21,44	17,91,61	18,31,51
	без МС (n-20)	10,60,96	7,520,53	7,70,59
Индекс НОМА	с МС (n-20)	4,1 0,44	5,020,59	5,860,54
	без МС (n-20)	1,9 0,25	1,670,12	1,630,24
ЛПНП	с МС (n-20)	5,90,48	0,670,07	5,720,13
	без МС (n-20)	2,3 0,42	2,380,38	2,580,15
ЛПВП	с МС (n-20)	0,63 0,08	0,670,03	0,700,05
	без МС (n-20)	1,30 0,24	1,60,20	1,610,17

Кроме того, всем женщинам проведено УЗИ щитовидной железы, исследованы тиреоидные и половые гормоны (ТТГ, свТ4, антитела к ТПО, ФСГ, ЛГ), а также содержание концентрации йода в моче у женщин различного возрастного периода (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика некоторых показателей гормонального профиля и содержания йода в моче у женщин с МС и без МС.

Показатели	Наличие МС	18-44	45-59	60-74
ТТГ	с МС (n-20)	10,06,31	7,62 1,77	6,631,04
	без МС (n-20)	4,81,1	6,442,18	3,181,24
свТ4	с МС (n-20)	11,82,6	11,313,14	8,223,25
	без МС (n-20)	11,6 2,1	7,963,28	7,353,51
Анти к ТПО	с МС (n-20)	246,3194,2	151,1120,3	42,714,0
	без МС (n-20)	100,2111,1	194,2 141,6	152,2105,2
ФСГ	с МС (n-20)	4,591,56	45,5612,4	22,592,71
	без МС (n-20)	7,353,51	52,5815,0	12,821,84
ЛГ	с МС (n-20)	4,021,75	34,95,87	44,253,58
	без МС (n-20)	5,012,39	29,55,91	35,665,90
Йод в моче	с МС (n-20)	111,4 9,4	120,3 10,4	127,58,8
	без МС (n-20)	115,47,7	116,711,1	119,210,0

Статистическая обработка проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20 (критерии Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, однофакторный дисперсионный анализ).

Результаты и обсуждение. Исходя из поставленной цели проведено изучение влияния МС на показатели углеводного, липидного и гормонального профилей, характеризующих функциональное состояние щитовидной железы у женщин различного возрастного периода. В связи с этим проведен однофакторный дисперсионный анализ в различных возрастных группах с МС и без него.

Таблица 3

Влияние метаболического синдрома на показатели тиреоидных гормонов и содержание йода в моче у женщин различного возрастного периода.

Показатели	18-44	45-59	60-74
ТТГ	10,06,31*	7,62 1,77	6,631,04*
свТ4	11,82,6	11,313,14*	8,223,25
Анти к ТПО	246,3194,2	151,1120,3	42,714,0*
Йод в моче	111,4 9,4	120,3 10,4	127,58,8

Как видно из таблицы 3, МС достоверно влияет на уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в группах репродуктивного и постменопаузального возрастов. Кроме того, наличие МС достоверно влияет на уровень свободного тироксина (св.Т4) в группе женщин пременопаузального возраста. В то же время в группе женщин постменопаузального возраста отмечено влияние МС на содержание антител к тиреопероксидазе (анти к ТПО). Все эти данные могут свидетельствовать о влиянии МС на функциональное состояние щитовидной железы в различные возрастные периоды женщин. Так, в группе женщин с МС репродуктивного и постменопаузального периодов достоверное повышение уровня ТТГ при нормальных показателях св.Т4 может свидетельствовать о некотором снижении функции щитовидной железы, что согласуется с данными других исследователей [6,7,8,9].

Влияние МС на содержание йода в моче во всех трех возрастных группах не выявлено.

Таблица 4

Влияние метаболического синдрома на показатели углеводного, липидного обменов и половых гормонов у женщин различного возрастного периода (n-60).

Показатели	18-44	45-59	60-74
Глюкоза	6,1 0,25*	6,30,25*	7,20,29*
Инсулин	15,21,44*	17,91,61*	18,31,51*
Индекс НОМА	4,1 0,44*	5,020,59*	5,860,54*
ЛНПН	5,90,48*	0,670,07*	5,720,13*
ЛПВП	0,63 0,08*	0,670,03*	0,700,05*
ФСГ	4,591,56	45,5612,4	22,592,71*
ЛГ	4,021,75	34,95,87	44,253,58*

Как видно из таблицы 4, имеется прямая корреляционная связь МС с показателями углеводного и липидного обмена у женщин всех трех групп, а уровень половых гормонов (ФСГ, ЛГ) достоверно повышен в группе постменопаузального периода (60-74), что может указывать на изменения углеводного и липидного обменов в этой возрастной группе.

Заключение. Таким образом, результаты обследования 60 женщин различного возрастного периода с метаболическим синдромом свидетельствуют о достоверной корреляционной связи МС на функциональное состояние щитовидной железы в группе женщин репродуктивного и постменопаузального периодов. Полученные нами данные подтверждают исследования других авторов [9,10].

Список литературы:

- 1.Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»- 2009. – С.129-155.
- 2.Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В., Шиша-нок О.Ю. Перименопауза и метаболический синдром // Вестник СурГУ. Медицина.- 2008. - №1.- С. 40-52.
- 3.Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С.Ю. и др. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника). - СПб.: Издательский дом СПбМАПО-2005.- С.440-442.

4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А. Жировая ткань как эндокринный орган // Ожирение и метаболизм- 2006. №1.
5. О.Н. Ковалева. Ишемическая болезнь сердца и метаболический синдром — опасный тандем. «Новости медицины и фармации» Кардиология 2010. - С.314-314
6. Лукина Е.В. Метаболический синдром и тиреоидная дисфункция / Лукина Е.В. , Шишкин А.Н.//Внутренние болезни интегральная дисциплина современной медицины: материалы научн.-практ.конф., посвященной 10-летию кафедры терапии мед. фак-та СПбГУ. - СПб.:Изд-во СПбГУ - 2007. -С.37-40
7. Лукина Е.В. Влияние гормонов щитовидной железы на клиничко-лабораторные показатели метаболического синдрома / Лукина Е.В., Шишкин А.Н. // Профилактическая и клиническая медицина. Тематический выпуск "Метаболический синдром: междисциплинарные проблемы". - 2010. - №3-4 (36-37).- С. 223-224
8. Фадеев В. В. Современные концепции диагностики и лечения гипотиреоза у взрослых // Пробл. Эндокринолог. 2004.- № 2- С. 47–53
9. S. M. Grundy, J. I. Cleeman, S. R. Daniels. AHA/NHLBI Scientific Statement. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation-2005(112).-P.2735-2752.
10. Rahmouni K, Correia MLG, Haynes WG, Mark AL. Obesity-associated hypertension – new insights into mechanisms. Hypertension-2005(45).-№9.-P14.
11. Sowers JR, Fronlich ED. Insulin and insulin resistance: impact on blood pressure and cardiovascular disease. Med Clin North Am - 2004(88).-P.63-82.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Бакытжан А.Ф.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кузьмин В.Д.
Учреждение: АО «Медицинский Университет Астана»

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма (ЧМТ), сотрясение головного мозга (СГМ), очаговая травма ГМ, субарахноидальное кровоизлияние

Аннотация: На основании литературных данных и результатов собственных наблюдений проанализированы 1153 случаев ЧМТ у детей за период 2017-2018 г.г., поступивших в отделение нейрохирургии ГДБ № 2 г. Астана.

Цель: анализ частоты нозологических форм и результатов лечения ЧМТ у детей.

Актуальность. ЧМТ у детей по данным различных авторов составляет 22-50% всех травматических повреждений в детском возрасте[1,2,3]. Особенностью клинической картины ЧМТ у детей раннего возраста является малосимптомность и легкое течение острого периода[4,5]

в связи с чем нередко возникают трудности в диагностике и определении степени тяжести повреждения[5,6,7,8]. У 63-75 % детей, в дальнейшем возникают различные синдромы отдаленного периода, в частности, задержка физического и психологического развития, посттравматическая эпилепсия и т.д. [9,10,11,12].

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе историй болезни 1528 детей с ЧМТ, находившихся на лечении в Городской детской больнице № 2 г. Астана в период 2017-2018 г.г.:

- из них с сотрясением ГМ 1153 ребенка (75,5%), из которых 62 пациента (5,4%) были дети до года;
- с очаговой травмой ГМ 371 ребенок (24,3%), из них младенцы до года 165 пациентов (44,5%);
- ЧМТ с субарахноидальным кровоизлиянием у 3 детей (0,2%), из них до года 1 пациент.

Среди больных отмечено преобладание мальчиков – 929 (60,7 %). По возрасту преобладали дети от 7 до 14 лет – 655 (42,8%) пациента. Зачастую позднее поступление детей было связано с

безсимптомностью течения заболевания и поздним обращением родителей за медицинской помощью, в 65 % случаев поводом для обращения служило образование поднадкостничной гематомы сопровождающей линейные переломы черепа у детей до года. У 1435 (93,9 %) детей была закрытая ЧМТ. Линейные переломы черепа были у 160 детей (10,5%), а вдавленные переломы черепа у 25 (1,6 %).

Результаты и обсуждение: Исходы ЧМТ у детей при своевременной диагностике и лечении в основном благоприятные. У 1263 (82,6 %) пациентов наступило стойкое улучшение без резидуальных явлений, 253 (16,5%) пациента при улучшении состояния самовольно ушли с больницы. Из 1528 детей летальный исход наступил у 9 (0,6 %), причина смерти - отек и набухание вещества головного мозга с вклиниванием ствола в большое затылочное отверстие.

Выводы:

- При черепно-мозговой травме – СГМ составляет 75,5%, из которых 5,4 % дети до года;
- Ушиб головного мозга диагностировался у 24,3 процентов детей, из них 44,5 % дети до года;
- При своевременной диагностике и лечении удовлетворительные результаты получены в 99,4 % случаев;

Заключение: Таким образом, дети разных возрастных групп далеко не однозначно реагируют на ЧМТ. Возрастные анатомо-физиологические

особенности развивающегося организма накладывают отпечаток на течение ЧМТ и ее прогноз. При своевременной диагностике и комплексном дифференцированном лечении, удовлетворительные результаты получены в 99,4 % случаев.

Список литературы:

1. Ормантаев К.С. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей. - М. - Л.: Медицина, 1982. - 286 с.
2. Артарян А.А., Бродский Ю.С., Лихтерман Л.Б. и др. Клиническая классификация черепно-мозговой травмы у детей // Классификация черепно-мозговой травмы / Под ред. А.Н. Коновалова. - М., 1992. - С.50-67.

3. Банин А.В., Артарян А.А., Гаевый О.В. Закрытая тяжелая черепно-мозговая травма у детей //IV Всесоюзный съезд нейрохирургов. - Л., 1988. - С.67.
4. Загробян С.Г., Дарбинян В.Ж., Загробян А.С. и др. Некоторые особенности острого периода ЧМТ у детей. Проблемы нейротравмы и сосудистой патологии головного мозга /Тезисы докладов межобластной конференции нейрохирургов, невропатологов, травматологов. (Братск, 15-16 июня). - Иркутск, 1983. - С.62-66.
5. Крюков, Е. Ю. Внутрочерепная навигация в режиме реального времени у детей (теория и практика): Автореф. дисс. канд. мед. наук / Крюков Е. Ю. СПб., 2002. - 25 с.
6. Иова, А. С. Ультрасонография в нейрорпедиатрии (новые возможности и перспективы). Ультрасонографический атлас / А. С. Иова, Ю. А. Гармашов, И. В. Андрущенко и соавт. — СПб. : Петровский и К0, 1997. — 160 с.
7. Крюков Е.Ю., Шапарюк С.И., Иова А.С. Возрастные особенности ультрасонографического изображения внутрочерепных кровоизлияний.//Сборник научных трудов, посвященный 30-летнему юбилею детской городской больницы №1.- Санкт-Петербург, 2007 г.
8. Крюков Е.Ю., Иова А.С. Нейронавигация в детской нейрохирургии (теоретические основы)// Сборник научных трудов, посвященный 30-летнему юбилею детской городской больницы №1.- Санкт-Петербург, 2007 г.
9. Пельц Б.А. Клиника, диагностика и лечение ушибов головного мозга у детей//Нейрохирургия. - Вып.13. - С.19-26.
10. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Касумова С.Ю. и др. Диффузные аксональные повреждения головного мозга // Вопр. нейрохирургии. - 1990. - N2. - С.3-7.
11. Сумеркина М.М. Закрытая черепно-мозговая травма у детей //Журн. невропатол. и психиатр. - 1985. – N 10. - С.1564-1571.
12. Bruce D.A., Alavi A., Bilaniuk L.T. et al. Diffuse cerebral swelling following head injuries in children the syndrome of "Malignant brain edema" //J.Neurosurg., - 1981. - 54. - P.170-178.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАКРОСОМИЕЙ

Аскарбекова А. Т. врач-интерн педиатр 6 курса
Аильбаева Н. М.

Тохтарбаева Г. Б. врач-интерн педиатр 7 курса
Научный руководитель - к.м.н. Алимбаева А. Р.

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет
Семей»

Аннотация: Роды крупным плодом (макросомия) – это когда плод, масса которого к концу внутриутробного периода составляет 4000 грамм и более. [1] Актуальность проблемы крупного плода обусловлена в первую очередь высокой частотой встречаемости данной патологии (с 8,2 до 18,5-20,0%) и большого количества травматизма новорожденных с макросомией, а также отсутствием выраженной тенденции к уменьшению числа осложненного течения родов, перинатальных потерь.[2-7] Проблема макросомии плода представляет интерес для акушеров-гинекологов и неонатологов в связи с частым развитием различных осложнений беременности, трудностями родоразрешения, обусловленными высоким процентом родового травматизма матери и плода, перинатальной заболеваемости и смертности, оперативных родов.[8] В этой статье указаны наиболее часто встречающиеся травматические осложнения во время родов у новорожденных с макросомией в городе Семей в 2017г.

Ключевые слова: макросомия, кефалогематома, монопарез, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, перелом ключицы

Введение: В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению числа родов плодами с признаками макросомии. В середине двадцатого века плоды с макросомией встречались в 8,8% от всех родов, а гигантские – с частотой 1 случай на 3000 родов. По данным современных авторов, частота родов крупным плодом составляет от 8 до 18,5% [9-11]. Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что крупновесные младенцы по сравнению с новорожденными, имеющими среднее физическое развитие, в 2 – 3 раза чаще страдают от внутриматочной гипоксии, асфиксии и родового травматизма, у них тяжелее протекает период ранней адаптации, в 2 раза выше

инфекционная заболеваемость в неонатальном периоде и перинатальная смертность. В Казахстане ежедневно рождается более 1000 новорожденных детей, в среднем 400 000 детей в год. По данным различных авторов, частота макросомии составляет от 5-8,2% до 15-20,0%.

Цель: Экспертиза частоты и структуры новорожденных с макросомией, родившихся с травматическими осложнениями во время родов в 2017 году в г. Семей

Материалы и методы: Дизайн исследования - ретроспективный анализ. Исследование было проведено в г. Семей в 2017 году на основе ретроспективного анализа карт выкопировки, Истории родов Ф №096/у, Истории развития новорожденного Ф №097/у, Истории развития ребенка Ф №112/у.

Результаты и обсуждение: Кефалогематома встретилась всего у 120 (1,46%) новорожденных, из которых 15 были с макросомией (12,5%). Перелом ключицы обнаружен в 59 (0,72%) случаях, в том числе 7 (11,86%) у новорожденных с макросомией.

Гипоксически-ишемические поражения ЦНС были обнаружены в 363 случаях (4,43%), из которых 45 (12,39%) были обнаружены у крупновесных детей. Закрытый перелом плечевой кости встретилось в 2 случаях, в том числе у младенцев с макросомией - в одном случае Верхний вялый монопарез - один у большевесного младенца.

Выводы: В приведенной выше информации говорится, что частота травматического поражения новорожденных детей с макросомией находится на высоком уровне, поэтому в будущем необходимо контролировать здоровье младенцев в этой группе.

Заключение: Большевесные новорожденные составляют группу высокого риска развития перинатальной энцефалопатии, аномалий конституции, инфекционных и аллергических заболеваний в последующие периоды жизни.

Во многих исследованиях отмечается, что почти у четверти большевесных новорожденных детей к концу первого года жизни, а у половины из них в возрасте 2 лет отмечается избыток массы тела, что является серьезным фактором риска развития ожирения в дальнейшей жизни.

Список литературы:

1. Мкб-10 о33.5 клинический протокол диагностики и лечения, роды крупным плодом (макросомия)
2. Крупный плод. Современная тактика ведения беременности и родов Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова

3. Слабинская Т.В. Антенатальная диагностика массы крупного плода // Здоровый новорожденный: материалы респ. науч.-практ. конф. – Екатеринбург. – 2000. – С. 77-79.
4. Черепнина А.Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 21 с.
5. Черникова Л.Н. Акушерские аспекты крупного плода // История городского мед. образования им. С.П. Боткина и современное состояние спец. мед. помощи. – Орел, 1999. - С. 205-207.
6. Чернявская Л.О. Медико-социальное исследование проблемы крупного плода: автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 20 с.
7. Чернявская Л.О. Медико-социальное исследование проблемы крупного плода: автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 22 с.
8. Журнал Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №3 макросомия плода. Акушерские и перинатальные исходы Ляличкина Н.А. Макарова Т.В. Салямова Л.Ш.
9. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 1200с.- Серия «Национальные руководства»
10. Андреев, Е.М. Сравнительный анализ данных из разных источников о числе рожденных детей / М. Андреев, Т.Л. Харьковская // Вопросы статистики. - 2013. - № 5. - С. 38-46.
11. Баева, И.Ю. Перинатальные исходы при крупном плоде у женщин без сахарного диабета / И.Ю. Баева, О.Д. Константинова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Т. 15. – №5. – С. 64-68.

ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ: ТРУДНОСТИ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ.

Профессор Ибраева Л. К, доцент Бачева И. В, интерн терапевт
Қалижан А. Ж
НАО «Медицинский университет Караганды»

Ключевые слова: гранулематоз, полиангиит, синусит.

Введение. Гранулематоз с полиангиитом (ГП) – подострое или хроническое заболевание неустановленной этиологии, ассоциированное с выработкой аутоантител к цитоплазме

нейтрофилов и характеризующееся сочетанным воспалительным поражением нескольких органов (чаще всего лёгких и почек, а также верхних дыхательных путей, органов зрения и слуха), в основе которого лежит васкулит мелких сосудов с образованием гранулём.

Цель работы: описать клинический случай первичной постановки диагноза ГП.

Материалы и методы: Пациентка К, 57 лет. Из анамнеза: с февраля 2018 года, появились слизистые выделения из носа, цианоз и отек крыльев носа, лихорадка до 40°C с ознобами. Была осмотрена ЛОР врачом, предположен хронический ринит, назначили метринидазол, цефазолин. Терапия без эффекта - появились гнойно-некротические расплавления на левой спинки носа, левой щеке, с глубокими некротическими изменениями, гнойным налетом по краям раны, отечность верхней губы, орбиты слева. В динамике первичный диагноз отвергнут. По результатам компьютерной томографии пазухи носа признаки мягкотканого образования полости носа слева. Что было расценено как онкопроцесс, по поводу чего были проведены 2 биопсии. В биопсийном материале обнаружены фибриноидный некроз с циркулярной лимфоплазмочитарной инфильтрацией с примесью гранулоцитов, расположенной в стенке, просвете сосудов и периваскулярном пространстве с формированием муфт. Ревматологом были проведены иммунологические тесты: ANA Screen 0.20 (отр). Антитела к миелопероксидазе - 1,20 (норма до 4,99 U/ml). Антитела к протеиназе 3 - 1,30 (норма до 9,99 U/ml). ANCA скрининг - 0.10 (отр).

Результаты: Пациентке был установлен диагноз ГП, учитывая начало заболевания с синусита, быстрое развитие деструктивных изменений в области мягких тканей носа, хрящей и гайморовых пазух, наличие системных неспецифических проявлений, по биопсии - признаки некротизирующего васкулита, положительный ответ глюкокортикостероидной терапии, отрицательный бактериологические исследования со деструктивной слизистой носа. В то же время иммунологические тесты были отрицательными. В данном примере приведено описание клинического случая ГП, когда начало заболевания имело типичную картину для ГП, при отрицательных иммунологических тестах. ГП в данном случае, стал диагнозом исключения.

Заключение: Таким образом, представленная клиническая картина демонстрирует многоликость клинического дебюта ГП, что затрудняет раннюю диагностику и своевременное активное лечение, оказывающее значительное влияние на продолжительность и качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Захарова Е.В. ANCA–ассоциированные и криоглобулинемические васкулиты: диагностика и лечение // Нефрология и диализ. – 2005. – Т.7, №1. – С. 12.
2. Allen S.D., Harvey C.J. Imaging of Wegener’s granulomatosis // The British Journal of Radiology. – V.80. – 2007. – P. 757-765.

СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

Аширматова И.Б.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Уразова С.Н.
Кафедра Общей врачебной практики №2 МУА г. Астана

Аннотация: в данной работе представлена ступенчатая терапия холинергической крапивницы (ХнК). Ключевые слова: холинергическая крапивница, антигистаминные препараты, монтелукаст.

Введение: на сегодняшний день сохраняется тенденция увеличения распространенности хронической крапивницы [3]. Вторая по частоте встречаемости индуцированная форма это -холинергическая крапивница. Обычно возникающая у лиц трудоспособного возраста [5] ХнК существенно снижает качество жизни пациента [2]. Препаратами выбора являются H1-антигистаминные (H1AG) 2 поколения, однако резистентность к стандартной терапии остается одной из проблем ведения пациентов [1,4]. Было проведено клиническое исследование пациентов с ХнК на основании принципов ступенчатой терапии крапивницы.

Цель: повышение эффективности лечения холинергической крапивницы при дифференцированном подходе.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ТОО «ЛОЦ Уміт». Было включено 60 пациентов. Обследование пациентов с ХнК проводилось согласно стандартам диагностики

аллергических заболеваний и включало общеклинические методы исследования и специфическое аллергологическое обследование в условиях аллергологического кабинета.

Результаты и обсуждение: были обследованы пациенты 18-60 лет. В течение 7 дней оценивали эффективность Н1АГ 2 поколения у 60 больных. Эффективность лечения оценивалась по динамике основных клинических признаков ХК: количеству уртикарных элементов, выраженности кожного зуда, возможных проявлений сопутствующего ангиотека. Отмечалась эффективность в стандартной суточной дозе у 39 больных. У 21 больного Н1АГ в стандартных дозах оказались не эффективны. Клиническая ремиссия (купирование высыпаний и зуда) отмечалась у 24 из 39 больных. У 10 больных выражено уменьшились высыпания и зуд (значительное улучшение). Только высыпания уменьшились у 3 больных, только зуд исчез у 2 больных.

У некоторых пациентов эффект от приема Н1АГ появился после замены одного препарата на другой. Увеличение суточной дозы Н1АГ в 2-4 раза назначили 21 пациенту.

Положительный эффект в виде клинической ремиссии отмечался на 3-5 день лечения у 15 больных из 21. Эффективность отсутствовала у 2 пациентов. 4 из 21 больных отмечали умеренный эффект. 2 из 60 больных не отметили эффекта от приема Н1АГ 2 поколения в любых дозах. У 8 из 60 пациентов эффективной оказалась комбинация Н1АГ 2 поколения с блокатором H2-рецепторов гистамина (ранитидин 150 мг два раза в сутки). У 4 пациентов симптомы крапивницы купировались при назначении монтелукаста 10 мг.

У 4 пациентов симптомы крапивницы купировались при назначении монтелукаста 10 мг. Значительный положительный эффект наблюдался у 3 пациентов при применении стабилизатора тучных мембран (кетотифена). Выводы: 1) пациентам, не отвечающим на стандартные суточные дозы Н1АГ 2 поколения, рекомендуется повышение доз препарата. 2) при необходимости добавить к лечению альтернативный препарат.

Заключение: ступенчатый подход к терапии холинергической крапивницы повышает эффективность лечения.

Список литературы:

1. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Gimenez-Arnau A, Grattan CE, Lawlor F, Mathelier-Fusade P, Meshkova RY, Zuberbier T, Metz M, Maurer M 2016 / The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias—the EAACI/GA(2) LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision // *Allergy* 71:780–802
2. Nakamizo S., Egawa G., Miyachi Y. et al. Cholinergic urticaria: pathogenesis-based categorization and its treatment options // *J. eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011. Vol. 26. № 1. p. 114–116
3. Sanchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J.* 2012;5(11):125–147. doi: 10.1097/WOX.0b013e3182758d6c
4. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. *Allergy*. 2018. doi: 10.1111/all.13397
5. Zuberbier T., Althaus C., Chantraine-Hess S. et al / Prevalence of cholinergic urticaria in young adults // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1994. Vol. 31. № 6. P. 978–979.
6. Improved long-term clinical outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing remote ischaemic conditioning as an adjunct to primary percutaneous coronary intervention Astrid D. Sloth et al. *Eur Heart J* (2014) 35 (3): 168-175. Published: 12 September 2013.
7. P., Lasley R.D. Adenosine receptors and reperfusion injury of the heart // *Handb. Exp. Pharmacol.* – 2009. – Vol. 193. – P. 189-214. 28. S., Yabe A
8. T., Akiyama T., Shimizu S. et al. Detection of endogenous acetylcholine release during brief ischemia in the rabbit ventricle: a possible trigger for ischemic preconditioning // *Life Sci.* – 2009. – Vol. 85. – P. 597-601.

КАРДИОПРОТЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Фазылов А.А. – клинический ординатор кафедры
пропедевтики внутренних болезней
д.м.н., профессор Х. Ё. Шарипова., Саидов Ё.У.- научный
руководитель д.м.н., доцент, заведующий
кафедрой пропедевтики внутренних болезней
Кафедра пропедевтика внутренних болезней ТГМУ им. Абуали
ибни Сино г.Душанбе, Республика Таджикистан

Ключевые слова: прекондиционирование, ишемия, миокард, гипоксия, кардиопротекция,

Актуальность темы. Несмотря на определенные успехи в профилактике и лечении ишемической болезни сердца (ИБС), это заболевание по-прежнему остается одной из основных причин утраты трудоспособности и смертности населения экономически развитых стран мира. В связи с этим продолжается поиск новых подходов в борьбе с этой патологией.

Одним из перспективных методов предупреждения и лечения ишемических кардиальных катастроф может стать эндогенная кардиопротекция и, в частности, ишемическое прекондиционирование [1 - 3]. Прекондиционирование – это метаболическая адаптация миокарда к ишемии, развивающаяся после повторяющихся кратковременных эпизодов снижения коронарного кровотока и приводящая к устойчивости мышцы сердца к последующей более длительной ишемической атаке. Согласно данным литературы [4,5,9,10,12], ишемическое прекондиционирование позволяет в некоторых случаях предотвратить развитие инфаркта миокарда (ИМ), а при его возникновении обеспечивает меньшие размеры зоны некроза, уменьшает вероятность появления аритмий, в том числе и реперфузионных, предупреждает значительные нарушения функции левого желудочка (ЛЖ).

Протекторный эффект ишемического прекондиционирования у человека был выявлен в процессе субанализа результатов клинического исследования TIMI-4 (1995) [6,8,11,13], показавшего, что пациенты, страдавшие стенокардией до развития ИМ, имели меньшие размеры зоны некроза и более благоприятный клинический исход заболевания. Феномен ишемического прекондиционирования заключается в существенном повышении

Материал и методы исследования. В исследование включены больные со стабильной стенокардией на фоне гипертонической болезни (ГБ), у части которых имели место клинические проявления 1–3 функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН). С учетом показаний и противопоказаний к проведению ИП выделены сопоставимые группы больных с СС (на фоне АГ), у которых отсутствовали проявления ХСН (первая группа, n =21) и с клиническими проявлениями. Препараты, влияющие на эффекты ИП, были отменены за 2 суток до исследования 1 – 3 ФК ХСН (вторая группа, n=27). Препараты, влияющие на эффекты ИП, были отменены за 2 суток до исследования. Феномен ишемического прекондиционирования (ИП) моделирован на фоне применения 6 – минутного теста ходьбы (ТШХ) и проведения Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ), а через 30 минут отдыха – повторное проведение теста с 6 – минутной ходьбой. Анализированные частота и продолжительность транзиторной ишемии миокарда, их связь с гемодинамиками показателями и субъективными ощущениями. Статистическая обработка проведена пакетом «Statistica 6.0» изучены корреляционные связи между количественные признаками по Пирсону.

Результаты исследования. При моделировании ишемического прекондиционирования с применениями теста 6 – минутной ходьбы, в сочетании с дистанционным вариантом ИП на фоне Холтеровского мониторирования ЭКГ у больных стабильной стенокардией установлено, что частота и выраженность кардиопротективных эффектов ИП имеют заметные различия в сравниваемых группах больных (с проявлениями ХСН и без таковых). У 16 (76,2%) больных с СС без проявлений ХСН (1 группа) и у 15 (62,5) больных с ХСН (2 группа) установлено наличие феномена ИП.

Отсутствие депрессии ST и/или нарушений ритма во время и после второго ТШХ отмечено у 7(33,3) и 6(25%) пациентов 1 и 2 групп соответственно. Увеличение дистанции по ТШХ и укорочение восстановительного периода значимо у больных 1 группы. При наличии феномена ИП у больных, повышение коронарного резерва тесно связано со снижением частоты эпизодов ишемии миокарда и суммарного индекса ишемии.

Выводы:

- 1) Применение ХМ – ЭКГ на фоне проведения парного теста 6 – минутной ходьбы может создавать феномен ишемического прекондиционирования.
- 2) Кардиопротективный эффект ИП выявляется у преобладающей части больных стабильной стенокардией и несколько преобладает в группе больных без ХСН ($p > 0,05$).
- 3) У больных стабильной стенокардией с проявлениями ХСН защитные эффекты ИП (увеличение дистанции ТШХ и укорочение восстановительного периода после теста) выраженные в меньшей степени ($p < 0,05$), чем у больных без ХСН.

Заключение. Кардиопротективный эффект ИП при хронической сердечной недостаточности у больных стабильной стенокардией выражена в меньшей степени чем у больных без ХСН.

Литература:

- 1.Феномен прекондиционирования В.К. Гринь, Н.В. Калинкина, В.С. Колесников, Н.Т. Ватутин. // Украинский кардиологический журнал. 6/2011
- 2.Князькова Л.Г., Постнов В.Г., Ломиворотов В.В. и др. Феномен прекондиционирования в кардиохирургии // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2010. – № 3. – С. 11-13.
- 3.Murry C.E., Jennings R.B., Reimer K.A. Preconditioning with ischemia: A delay of lethal cell injury in ischemic myocardium // Circulation. – 1986. – Vol. 74. – P. 1124-1136.
- 4.Kremastinos D.Th. The phenomenon of preconditioning today // Hell. J. Cardiol. – 2005. – Vol. 46. – P. 1-4.
- 5.Писоренко О.И. Ишемического прекондиционирование: от теории к практике.//Кардиология. – 2005. – №9. – с. 62 – 72.

6. Kloner R.A., Shook T., Przyklenk K. et al. Previous angina alters in-hospital outcome in TIMI 4. A clinical correlate to preconditioning? // *Circulation*. – 1995. – Vol. 91. – P. 37-45.
7. Loke K.E., Woodmon O.L. Preconditioning improves myocardial function and reflow, but not vasodilation for reactivity, after ischemia and reperfusion in anesthetized dogs // *Clin. Pharmacol. Physiol.* - 1998. - Vol 25, N 7 – 8, - P. 552 – 558.
8. P., Rengo F. Ischemic preconditioning in the aging heart: Abate from bench to bedside // *Ageing Res Rev.* – 2010. – Vol. 9. – P. 153-162.
9. Remote ischemic conditioning before hospital admission, as a complement to angioplasty, and effect on myocardial salvage in patients with acute myocardial infarction: a randomised trial Hans Erik Bøtker et al. *Lancet* 2010; 375: 727–3
10. Cardioprotective Role of Remote Ischemic Perconditioning in Primary Percutaneous Coronary Intervention Enhancement by Opioid Action Ilias Rentoukas, MD et al. *JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS* VOL. 3, NO. 1, 2010

АССОЦИАЦИЯ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Кайсина Алия Абаевна¹,
Самойлова Надежда Михайловна¹,
Погорелова Екатерина Юрьевна²,
Сидоренко Виктория Андреевна²

¹Резидент специальности «Гастроэнтерология, в том числе детская»

²Интерн направления подготовки «Внутренние болезни»

НАО «Медицинский университет Караганды», Казахстан

Ключевые слова: патология печени, беременность, исходы, хронический гепатит, цирроз печени.

Аннотация. Патология печени во время беременности представляют серьезную угрозу для жизни матери и плода. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных женщин с патологией печени, демонстрирующий, что по мере усугубления степени тяжести патологии печени, увеличивается количество неблагоприятных исходов беременности для плода.

Цель. Выявить ассоциацию патологии печени с исходом беременности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни (2015-2018 г.г.) беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в областной клинической больнице города Караганды. В ходе анализа были использованы истории болезни (n=124), которые разделены на 3 группы: 1 группа - патология печени, ассоциированная с беременностью (55.6%), 2 – хронические гепатиты (37.9%), 3-цирроз печени (6.5%). Оценка состояния пациенток проводилась с помощью суммарного показателя (СП) клинико-лабораторных данных, для подсчета которого использовалась условная шкала от 0-3 баллов. Исход оценивался по состоянию новорожденного по шкале Апгар с оценкой на 1-ой и 5-ой минутах. Анализ полученных данных проведен с помощью программы SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение. В ходе работы были оценены средние значения СП в группах: 1 группа – $12,7 \pm 5,34$, 2 группа – $10,17 \pm 5,67$, 3 группа – $14,6 \pm 3,96$. Средние значения баллов по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах соответственно: 1 группа – $7,7 \pm 0,9$; $8,8 \pm 0,9$, 2 группа – $7,6 \pm 1,5$; $8,6 \pm 1,6$, 3 группа – $4,75 \pm 3,95$; $5,4 \pm 4,47$ балла. У беременных 3 группы наблюдалось 3 неблагоприятных исхода беременности (самопроизвольный аборт, аборт по медицинским показаниям, замершая беременность), 2 группы – 1 (антенатальная гибель плода). Средние значения СП и баллов по шкале Апгар в 3-х группах достоверно не отличались ($p < 0.05$), проведение корреляции Спирмена показало слабую обратную связь между СП и баллами по шкале Апгар ($p < 0.05$), что свидетельствует об эффективной тактике ведения беременной мультидисциплинарной командой.

Заключение. Минимальная степень нарушений состояния функции печени наблюдалась в группе беременных с хроническими гепатитами, а максимальная – циррозами печени, однако степень асфиксии новорожденных была минимальной в группе патологии печени, ассоциированной с беременностью, и максимальной – в группе беременных с циррозами печени, в которой также преобладали неблагоприятные исходы беременности для плода по сравнению с другими группами.

Вывод. Таким образом, своевременная диагностика, лечение патологии печени у беременных, определение сроков и способа родоразрешения, несомненно, позволяет минимизировать риск развития осложнений, как для матери, так и для плода.

Список литературы:

- 1.The Italian Association for the Study of the Liver (AISF). AISF position paper on liver disease and pregnancy. Digestive and Liver Disease 48 (2016) 120–137.
- 2.Than NN, Neuberger J. Liver abnormalities in pregnancy. Best Practice and Research. Clinical Gastroenterology 2013;27:565–75.
- 3.Tram T. Tran , Joseph Ahn , Nancy S. Reau. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. The American Journal of GASTROENTEROLOGY. 2 February 2016; doi: 10.1038/ajg.2015.4304.
- 4.Т.М. Игнатова. Заболевания печени у беременных. Медицинский вестник Северного Кавказа, № 2, 2009. с. 88-93.5.
- 5.Т.М. Игнатова. Хронические заболевания печени у беременных. Тер.арх.– 2002. - 7(10). – с. 55-59.
- 6.Пальгова Л. К., Мозговая Е. В., Жесткова Н. В., Вишневская Е. Е., Пазенко Е. В. Болезни печени и беременность. Анализ актуальных клинических рекомендаций и собственный опыт. Часть первая. Болезни печени, связанные с беременностью. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;151(3): 105–114.

СКРИНИНГОВОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Игенбекова Адина Төлтайқызы

Научный руководитель: ассоциированный профессор, З.К.

Гусеинова, ассоциированный ассистент профессор З.Б. Тауешева

Кафедра: Внутренние болезни №1

Медицинский Университет Караганды, город Караганда,

Республика Казахстан.

Аннотация: Данная научная работа посвящена организации и практической реализации системы ранней диагностики желудочных полипов в условиях городской поликлиники.

Результаты выполненной работы показали, что активное раннее выявление и эндоскопическое удаление полипов желудка, лежащие в основе вторичной профилактики колоректального рака, могут широко применяться в амбулаторной практике[1].

Ключевые слова: полип, скрининг, полипэктомия, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия.

Введение: Среди различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) значительное место занимают полипы. За последнее время во всем мире, в том числе в нашей стране, наблюдается увеличение количества пациентов с полипами ЖКТ[2]. Частота выявления полипов пищевода и желудка, по данным различных авторов, колеблется от 0,6 до 9,0%[3]. Это связано, с одной стороны, с ростом данной патологии у взрослых и детей, с другой – с бурным развитием эндоскопии, являющейся основным достоверным методом диагностики данного заболевания[4].

Цель: Оценить эффективность скрининга и ранней эндоскопической диагностики полипов ЖКТ (желудочно-кишечный тракт), определить возможность амбулаторной эндоскопической полипэктомии как метод уточняющей диагностики и вторичной профилактики злокачественного новообразования.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе клиники медицинского университета НАО «МУК», за период с 01.07.2018 года по 20.03.2019 года. В исследование включено 110 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет. Среди обследуемых лиц проводились клинические, лабораторно инструментальные исследование в виде экспресс тест кал на скрытую кровь, ФГДС(фиброгастродуоденоскопия),фиброколоноскопия.

Результаты и обсуждения: Фиброгастродуоденоскопия проведено 110 обследуемым, из них выявлено 44 полипа, что составляет 40% от общего числа.

По половой принадлежности, полипы преобладают у лиц женского пола- 32полипа (73%), у мужчин – выявлено 12 полипов (27%)

Если рассматривать возрастной состав, то в возрасте 40-50 лет – выявлено 20 полипов , а в 50-60 лет- 24 полипа, что составляет 46% и 54% соответственно.

Заключение: Активная ранняя диагностика является оптимальным фактором для успешного радикального лечения колоректальных новообразований.

Скрининг в сочетании с уточняющей эндоскопической диагностикой позволяет своевременно выявлять у амбулаторных пациентов бессимптомные доброкачественные и злокачественные новообразования толстой кишки.

Список литературы:

- 1.[Аристова Л.А. Эндоскопическая хирургия полиповидных образований желудка. Вопр. клин. мед. 2005; 40–41]
- 2.[Аруин Л.И. Патоморфология полипов желудка // Арх. патол. – 1981. – № 3. – С.52-60]
- 3.[Аруин Л.И., Каппуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада Х, 2011. – С.249-300]
- 4.[Галимов О.В., Ханов В.О., Рылова Т.В. и др. Эндоскопические вмешательства при полипах желудка. Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. 2009; (1): 20–24]
- 5.[Есенин Д.Ю., Сотников В.Н., Волова А.В. и др. Эндоскопия в диагностике резидуальных полипов желудка. Рос. мед. вести. 2010 (2): 57–62]
- 6.[Панцирев Ю.М., Галингер Ю.И. Способы эндоскопического удаления полипов желудка // Сов. мед. – 2000. – № 2. – С.111-116]
- 7.[Короткая Г.И., Соломонов Г.Е. Эндоскопическая диагностика и лечение полипов желудка и толстой кишки / / Внутрипросветная эндоскопическая хирургия: Росс. симпозиум. – М., 2001. – С.237-238]
- 8.[Короткевич А.Г., Меньшиков В.Ф., Ремерова Л.В. Фиброгастроскопия как первый этап скрининга заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестн. хирургии. – 2004. – № 4. – С.81-83]
- 9.[Сотников В.Н. Эндоскопическое лечение больных с доброкачественными неэпителиальными опухолями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Современ. мед. 1991; (10): 26–28]
- 10.[Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В. и др. Сравнительная оценка эндоскопической полипэктомии методами радиоволновой хирургии и электроэксцизии. Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2005; (3): 62–65]

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОДДЕРЖКИ САМОМЕНЕДЖМЕНТА ПАЦИЕНТОВ НА МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.

Полякова Е.О. ассистент профессора кафедры ОВП№2, магистр медицины, Карагандинский медицинский университет, Каленова А.М. интерн кафедры ОВП№ 2, Карагандинский медицинский университет, Кожобекова А.Н. интерн кафедры ОВП№ 2, Карагандинский медицинский университет, Уалиханова З.Ж. интерн кафедры ОВП№ 2, Карагандинский медицинский университет

Ключевые слова: артериальная гипертензия, неинфекционные заболевания (НИЗ), хронические заболевания, программы управления заболеваниями (ПУЗ), самоменеджмент.

Аннотация. Артериальная гипертензия является одним из самых больших факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Это обусловлено пренебрежением здоровым образом жизни, переизбытком, постоянными стрессами, малоподвижным образом жизни. Эффективная борьба с этим заболеванием возможна только совместными усилиями врача и пациента.

Актуальность. Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) стали причиной 40 миллионов смертей в мире, а по данным исследования Global Burden of Disease в 2016 году на НИЗ пришлось более 70% от всех смертей, регистрируемых в мире [1,2]. При этом на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) приходится 17,7 миллионов смертей, а к 2025 году эта цифра возрастет почти до 24 миллионов.

Заболеваемость и смертность от артериальной гипертензии среди основных НИЗ занимает ведущее место в структуре общей смертности и в Республике Казахстан [2]. Как и в большинстве стран мира, в Казахстане АГ также является одной из основных причин предотвратимой инвалидности и преждевременной смертности [2,3]. Например, в стране более трети пациентов с инсультом умирают, а около 70% остаются инвалидами, в то время как по международным данным порядка 80% случаев инсульта можно предотвратить своевременными лечебно-профилактическими мероприятиями [4,5].

А в случае с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)-как исход АГ , во всем мире от нее страдают более 26 миллионов человек, и она является причиной 1-4% всех случаев госпитализации, и до 30% повторных поступлений в больницу в течение 30 дней [6,7].

Поэтому, учитывая растущее бремя НИЗ, за последние пару десятилетий во всем мире начали разрабатываться и внедряться программы управления заболеваниями (ПУЗ), направленные на оптимизацию ведения и лечения основных НИЗ с упором на их активное внедрение на первичном уровне, с целью снижения и оптимизации расходов на охрану здоровья, улучшения качества жизни пациентов посредством предотвращения или минимизации влияния определенных хронических заболеваний путем предоставления интегрированного ухода. Программа управления заболеваниями представляет собой концепцию, нацеленную на снижение расходов на здравоохранение и одновременное улучшение качества жизни лиц с хроническими состояниями путем предотвращения или минимизации эффектов заболевания посредством обеспечения интегрированного ухода. ПУЗ разработаны для улучшения состояния здоровья индивидов с хроническими состояниями и сокращения расходов, связанных с предотвратимыми осложнениями, посредством более быстрого и более эффективного выявления и лечения хронических состояний, при активном его участии (самоменеджмент), добиваясь таким образом замедления прогрессирования таких заболеваний.

Цель исследования: изучить эффективность профилактики АГ путем подключения самоменеджмента со стороны пациента и влияния его на модифицируемые факторы риска при артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. В исследуемую группу вошли 44 мужчины и 48 женщин в возрасте от 45 до 59 лет, всего – 92 человека. При включении в исследование участникам предлагались анкеты по выявлению факторов риска АГ. Нормальное артериальное давление (АД) имели 69 человек (75% обследованных), 1 степень АГ – 20 (21,7%), 2 степень – 3 (3,3%).

При включении в ПУЗ пациентам было предложено работать с индивидуальным планом действий.(Рисунок №1)

Образец краткого плана действий (Самоменеджмент)

Рисунок №1

Мой план действий	Мои ответы	Комментарии
Что бы вы хотели сделать?		
Где?		

Сегодняшняя дата: _____ Моя цель по улучшению здоровья:

Сделать план действий:

Есть что-либо, что вы хотели бы сделать для улучшения вашего состояния в ближайшие неделю-две? Если вы ничего не хотите делать для вашего здоровья и самочувствия сейчас, то возможно вы захотите подумать над этим в будущем. Если да, заполните следующие детали. Некоторые из них можно не заполнять. Постарайтесь быть предельно точны.

*Примечание: Если вы выберете 6 или ниже, перейдите к вопросу 2б. Если вы выберет 7 и выше, перейдите к вопросу 3.

2б) Как бы вы могли изменить свой план, чтобы увеличить ваш уровень уверенности до 7 и выше?

•Проверьте, как у вас идут дела

Я сам проверю

Я попрошу кого-нибудь помочь (члена семьи или медицинского работника)

Кто этот человек? _____

Как и когда вы хотели бы проверяться (например, в определенный день или неделю, по телефону или лично)

Когда и как часто? (В какое время суток вы будете это делать? Если это произойдет более одного раза, то как часто это будет происходить)		
Как долго или как много? (минуты, порции, и т.д.)		
Когда вы начнете?		

Оценка эффективности самоменеджмента и его влияние на отдельные факторы риска проводилась по данным анализа краткого плана действий и анкетирования участников на базе КГКП «Поликлиника № 4» города Караганды

Результаты и их обсуждение. На первом этапе оценки результатов исследования был проведен анализ факторов риска АГ в исследуемой группе. Изначально не знали свой уровень АД 43 человека (46,7%), из них страдали АГ 14 (32,6: от тех, кто не знал свое АД). Фактор риска «отсутствие контроля АД» был выявлен у 34 мужчин (77,2%) и 29 женщин (60,4%). Наиболее часто встречающимися факторами риска АГ явились: курение, гиподинамия, отсутствие контроля АД, нерациональное питание и высокий уровень холестерина ЛПНП.

Целью следующего этапа исследования было оценить эффективность самоменеджмента, как профилактического мероприятия и влияние ее на отдельные факторы риска АГ. Участникам были заданы следующие три основных вопроса, которыми должен задаться пациент для налаживания самоменеджмента:

- 1) Что является основной проблемой с состоянием моего здоровья?
- 2) Что мне следует делать?
- 3) Почему важно для меня делать именно это?

Далее был проведен анализ анкет-опросников и плана действий.

По мнению пациентов, самостоятельный контроль и четкие знания о факторах риска эффективна у 87 человек (96,4%), неэффективна у 5 человек (5,4%).

При детальном анализе анкет было выявлено, что самоменеджмент наиболее повлиял на повышение уровня физической активности, на приверженность к здоровому питанию, на отказ от курения.

При комплексном анализе полученных результатов, было выявлено, что фактор риска «, отсутствие контроля АД» имелся у 63 человек (68,5% всех обследованных), из них 24 человека (38,0% имеющих данный фактор риска и 26,1% всех обследованных) после обучения самоменеджменту решили измерять АД ежедневно утром и вечером. Нерациональное питание было выявлено у 89 человек (96,7% всех обследованных), из них 52 человека (58,4% имеющих данный фактор риска и 56,5% всех обследованных) решили придерживаться принципов здорового питания после обучения самоменеджменту. Фактор риска «гиподинамия» имелся у 76 опрошенных (82,6% всех обследованных), из них 55 пациентов (72,4% имеющих данный фактор риска и 59,8% всех обследованных) решили увеличить свою физическую активность после самостоятельного составления плана действий. Курили 46 человек (50% всех обследованных), решили бросить курить 12 пациентов (29,6% имеющих данный фактор риска и 34,8% всех обследованных).

Выводы. Наиболее часто встречающимися модифицируемыми факторами риска АГ по данному региону являются гиподинамия, курение, отсутствие контроля АД, нерациональное питание. Обучение самоменеджменту повлияло на основные модифицируемые факторы риска АГ, причем наиболее – на повышение физической активности, на приверженность здоровому питанию, на отказ от курения.

Поддержка самоменеджмента пациента представляет собой комплекс мероприятий, которые медицинские работники должны проводить для того, чтобы подчеркнуть центральную роль пациента в управлении своим заболеванием, а также для поддержки пациента в изменении образа жизни таким образом, чтобы пациент чувствовал себя мотивированным и воодушевленным.

Литература:

- 1.[Евдокимова Т.А., Кутузова А.Э., Богданова М.Ю., Рохлин Г.Д. Методические аспекты физической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. – СПб.: СПбГМУ, 2002. – 28 с.]
- 2.[Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015]

- 1.[Профилактика для врачей общей практики / Под ред. О.Ю. Кузнецовой, И.С. Глазунова. – СПб.: СПбМАПО, 2004. – 279 с.]
- 4.[Рекомендации ESH и ESC по лечению артериальной гипертензии. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC).
<http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESChypertension2013.pdf>
(дата обращения: 02.04.2016).]
- 5.[Российское медицинское общество по артериальной гипертензии / Всероссийское научное общество кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. 4-й пересмотр. М.,2010.
<http://www.scardio.ru/content/Guidelines/recommendation-ag-2010.pdf>
(дата обращения: 02.04.2016)]
- 6.[Фролова Е.В. Обучение пациента — современная медицинская технология амбулаторной практики. – СПб., 2006. – 140 с.]
- 7.[Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., Шестов Д.Б. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 10–15.]

РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ

Кабиева А.К., к.м.н., к.м.н., заведующая кафедрой внутренних
болезней №2 Ларюшина Е.М.
НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация: статья посвящена проблеме донозологической диагностики сахарного диабета 2 типа при помощи шкалы FINDRISC, диктующая необходимость усиления профилактических мероприятий с целью его предотвращения.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, ожирение, FINDRISC, лептин, фертильный возраст.

Введение. Масштаб проблемы сахарного диабета (СД) нашел отражение в создании ООН Политической декларации по неинфекционным заболеваниям (НИЗ) и Глобальном плане действий ВОЗ по НИЗ, направленной на принятия координированных действий по борьбе с СД [1,2].

Цель. Изучить распространенность риска развития СД 2 типа у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы. В поперечном исследовании приняли участие 1508 женщин от 18 до 49 лет, которым проведено анкетирование, подсчет индекса массы тела, измерения объема талии, оценивание риска развития СД 2 типа по опроснику FINDRISC [3,4]. У 477 женщин определен уровень лептина крови, разделенных на 2 группы. Составившие первую группу 303 человека имели избыточную массу тела и ожирение, вторую, контрольную, группу 174 респондента с нормальной массой тела, без риска развития СД.

В качестве методов статистического анализа использованы описательная статистика, U критерий Манна-Уитни, оценка ассоциации лептина со степенью риска СД с помощью коэффициента корреляции Спирмена в IBM SPSS Statistics Base 22.0. Результаты статистически значимые при P менее 0,05.

Результаты и обсуждение. На долю избыточной массы тела пришлось 18,03% женщин, ожирения – 43,8%, из них с I степенью – 56,9%, II степень – 27,7%, III степень – 15,2%.

Распространенность абдоминального ожирения – 56,1%. У 42,8% женщин выявлен низкий риск развития СД 2 типа (СД у 1 из 100 в ближайшие 10 лет), немного повышенный – 36,4% (у 1 из 25), умеренный – 13,3% (у 1 из 6), высокий – 6,7% (у 1 из 3), очень высокий – 0,7% (у 1 из 2). Уровень лептина повышен в группе женщин с избыточной массой тела и ожирением.

Средний уровень лептина в группе с низким риском СД составил 19500,7 пг/мл, немного повышенным – 29986,0 пг/мл, умеренным – 34163,3 пг/мл, высоким – 38981,2 пг/мл, очень высоким – 30408,8 пг/мл. В данной группе наблюдается слабая положительная корреляционная связь (коэффициент 0,222) между уровнем лептина и риском развития СД, по сравнению с отсутствием таковой в контрольной группе, что служит поводом оценивать повышение уровня лептина как дополнительный фактор риска развития СД.

Выводы. Избыточный вес и ожирение, а также связанные с ними метаболические нарушения распространены у женщин фертильного возраста, из них у 20 % есть высокая вероятность развития СД 2 типа в ближайшие 10 лет. Риск развития СД возрастает по мере увеличения уровня лептина крови.

Заключение. В Центральном Казахстане у каждой 2-й женщины фертильного возраста имеется ожирение, что проявилось повышением уровня лептина, возрастающего по мере увеличения риска СД, в связи, с чем необходимо усилить профилактические меры с целью предотвращения развития СД и сохранения репродуктивного здоровья населения.

Список литературы.

1.Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: ВОЗ; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2.Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы // Астана, 2016 г., 58с

3.Мустафина С.В., Симонова Г.И., Рымар О.Д., Сравнительная характеристика шкал риска сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет 2014 г.; №3, С.317–22.

4.Programme for the prevention of type 2 diabetes in Finland // Finnish Diabetes Association, Tampere; 2003, 89p.

БЕРЕГИТЕ ДЕТЕЙ. ДЕТСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВНИМАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ

Ж.М. Баймағамбет., М.Н. Кобжанова. Научный руководитель:
Б.Т.Тукбекова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
«Детские болезни№2»
Карагандинский медицинский университет
Кафедра «Детские болезни№2»

Аннотация. Недостаточное внимание родителей к детям имеет место в нашей повседневной жизни. Невнимательное отношение к детям является одной из основных причин проблем нашего общества. Отношение к детям, полнота удовлетворения их нужд и интересов не только отражает уровень социального прогресса,

благополучие, гуманность общества, но и дальновидность социальной политики государства, которое, заботясь о детях, обеспечивает надежный фундамент для своего будущего. Этот принцип нашел отражение в Конвенции о правах ребенка, которая утверждает, что «ребенок в силу его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе»[1].

Причины такого поведения родителей абсолютно разные. Так же, как и последствия невнимательного воспитания весьма разные. Много зависит от условий жизни детей и родителей. Большую роль в распространении недоброжелательности к детям играет неосведомленность родителей или лиц их заменяющих, о том, какие меры воздействия недопустимы по отношению к ребенку.

Маленький ребенок – объект отвержения, наказаний, угроз, физического насилия – начинает чувствовать себя нежеланным и нелюбимым, начинает относиться к себе враждебно и с презрением. Эти ощущения вызывают в ребенке глубокое чувство вины и стыда за свое существование [2].

Ключевые слова. Педиатрия. Детская травматизация. Физическое и психологическое насилие. Психические особенности детей, пострадавших от травм.

ВВЕДЕНИЕ. Внимание, уделяемое за рубежом проблеме невнимательного или недоброжелательного обращения с детьми и пренебрежения их нуждами, связано со стремлением на деле гарантировать право ребенка на защиту «от всех форм физического и психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке». (ст. 19, п.1) [2].

Невнимательное обращение с детьми и пренебрежение их интересами могут иметь различные виды и формы, но их следствием всегда является: серьезный ущерб для здоровья, развития и социализации ребенка, нередко - угроза для жизни.

Некоторые последствия недоброжелательного обращения для здоровья исследовались в течении длительного времени, тогда, как, психические расстройства и суицидальное поведение только недавно стали объектом изучения [3].

Причины невнимательного отношения. Существует несколько причин, по которым родители безразличны к своим детям или не уделяют им достаточного внимания:

1. Физиологическая особенность.
2. Пример воспитания своих собственных родителей или опекунов.
3. Нехватка времени - основная причина недостатка внимания к детям.
4. Разного рода зависимости

Виды насилия.

Физическое насилие — нанесение ребенку физических травм, различных телесных повреждений, которые причиняют ущерб здоровью ребенка, нарушают его развитие и лишают жизни.

Психическое насилие — постоянное или периодическое словесное оскорбление ребенка, угрозы со стороны родителей, опекунов, учителей, воспитателей, унижение его человеческого достоинства, обвинение его в том, в чем он не виноват, демонстрация нелюбви, неприязни к ребенку. Пренебрежение интересами и нуждами ребенка — отсутствие должного обеспечения основных нужд и потребностей ребенка в пище, одежде, жилье, воспитании, образовании, медицинской помощи со стороны родителей или лиц, их заменяющих, в силу объективных причин.

Различают ближайшие и отдаленные последствия невнимательного отношения к детям.

Среди отдаленных последствий недоброжелательного обращения с детьми выделяются нарушения физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия.

К ближайшим последствиям относятся физические травмы, повреждения, а также рвота, головные боли, потеря сознания, характерные для синдрома сотрясения, развивающегося у маленьких детей, которых берут за плечи и сильно трясут, появляется кровоизлияние в глазные яблоки, а так же острые психические нарушения в ответ на любой вид агрессии. Эти реакции могут проявляться в виде возбуждения, стремления бежать. У детей старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с чувством собственной ущербности, неполноценности [3,4]. Исследования выявили серьезные последствия, возникающие сразу или через длительное время. Некоторые дети имеют симптомы, требующие клинического вмешательства.

Другие выжившие имеют такие серьезные психические расстройства, как депрессия, тревога, агрессия, злоупотребление психоактивными веществами, чувство стыда или нарушение познавательных способностей. Наконец, у некоторых детей могут быть посттравматический стресс, тревога и нарушение сна.

О. Коннер систематизировал возможные позиции родителей и их влияние на ребенка [5].

Тип позиции родителей	Словесное выражение позиции	Способ поведения с ребенком	Влияние на развитие ребенка
Принятие и любовь	Ребенок – центр моих интересов	Нежность, занятия с ребенком	Чувство безопасности, нормальное развитие личности

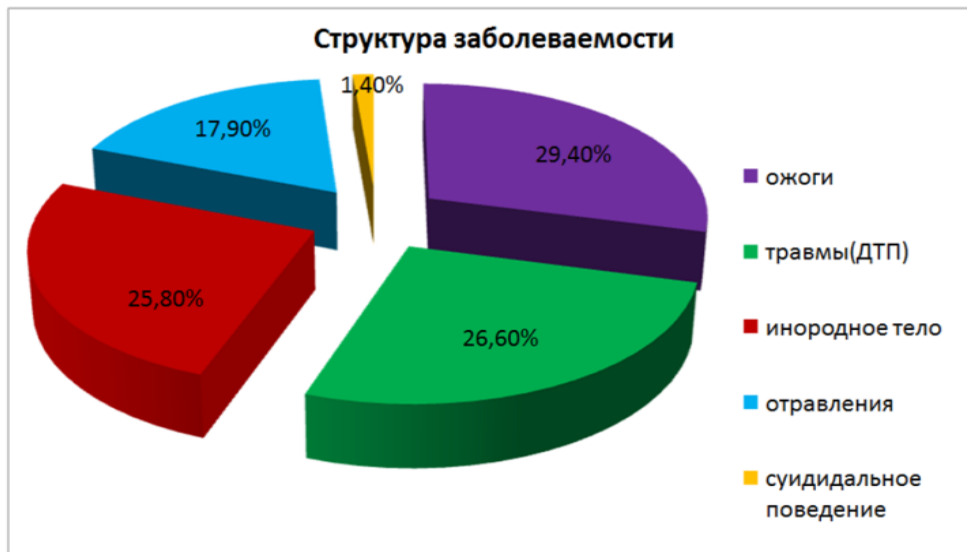
Цель. Изучение всех случаев невнимательного обращения с ребенком в общей структуре заболеваемости детей, поступивших в приемный покой КГКП «ОДКБ».

Нами изучена заболеваемость детей в «ОДКБ» г. Караганды, получивших травмы и ожоги в домашних условиях.

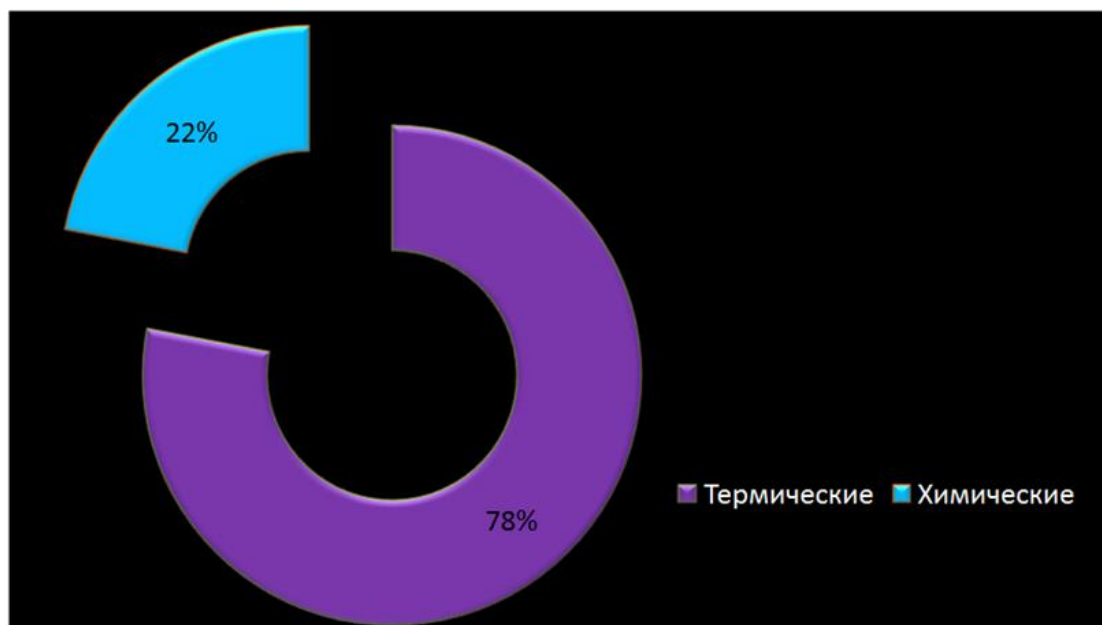
Учитывались случаи невнимательного или недоброжелательного обращения с ребенком, случаи недостаточного контроля, ухода, отсутствия внимания за ребенком, повлекшие за собой необходимость в оказании экстренной медицинской помощи ребенку.

Явное отвержение	Ненавижу этого ребенка, не буду о нем тревожиться	Невнимательность, жестокость, избегание контактов	Агрессивность, эмоциональная тупость
Излишняя требовательность	Не хочу этого ребенка таким, каков он есть	Критика, отсутствие похвалы, придирчивость	Фрустрация, неуверенность в себе
Чрезмерная опека	Посвящу ребенку всю свою жизнь	Чрезмерные поправки или ограничение свободы	Инфантилизм, неспособность к самостоятельности

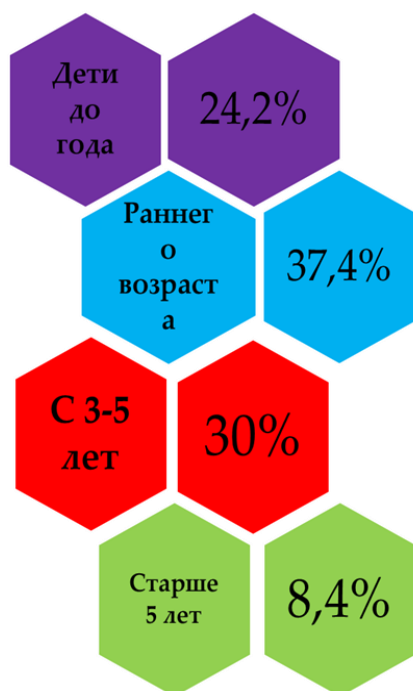
Проведенное исследование показало, что за два года нами установлено 1774 случаев невнимательного или недоброжелательного отношения к ребенку, что составило 8,3% в общей структуре заболеваемости детей, обратившихся за медицинской помощью.



Мальчики составили 65,4%, девочки-33,6% от всех случаев обращений. Среди ожогов преобладали термические ожоги, которые составили 78%, химические - 22% случаев.



При изучении возраста детей, обратившихся с ожоговой патологией, было установлено, что



Среди детей первого года жизни преобладали термические ожоги, среди детей раннего возраста и детей с 3 до 5 лет - инородное тело, среди детей от 5 лет и старше доминировали травмы.

Среди поступивших детей, городское население составило 87%, а жители сельской области - 23% случаев.



По тяжести состояния в реанимационное отделение доставлено 67 (3,8%) детей, остальные получали лечение в хирургическом и ЛОР - отделениях. Смертность среди данной категории больных составила 6 детей.(4,02%).

Результаты проведенного исследования показали, что среди всех детей преимущественно пострадали дети раннего возраста (37,4%) за счет термических ожогов по вине родителей.

Все дети в возрасте от 1 года до 5 лет, пострадавшие от невнимательного отношения со стороны родителей наблюдались хирургом в стационаре после пребывания их в реанимационном отделении в течении от 2-3 до 10-12 суток, в среднем 7 дней. Длительность наблюдаемого периода непосредственно в хирургическом отделении в среднем составило от 10 до 30-40 суток. Среди детей раннего возраста, подвергшихся травмам, различным степеням ожогов по численности более преобладали мальчики, что составило 60%, нежели девочки – 40%.

Нами проведен анализ оперативной деятельности при ожогах различной степени:

- ПХО

- Некрэктомия в 100% случаев

- Аутодермапластика по показаниям в 30% случаев

Также было установлено, что за 1 месяц в среднем проводят от 2-3 до 6 оперативных вмешательств.

Все дети, находившиеся в хирургическом отделении, прошли консервативное лечение под наблюдением хирургом.

Реабилитационная терапия в послеоперационном периоде проводилась длительно и включала весь комплекс медикаментозного лечения, куда входила инфузионно-трансфузионная терапия, анальгетики, аппликации на ожоговую поверхность местноанестезирующих средств.

На этапе консервативной реабилитации для профилактики и лечения гипертрофических и келлоидных рубцов использовали физические методы, ношение компрессионной одежды. Использование функциональных и дистракционных шин, в сочетании с физическими методами лечения, а также ранним восстановлением кожного покрова, позволило у детей с ожогами избежать развития рубцовых стяжений и контрактур и добиться хороших результатов лечения.

Таким образом, реабилитация детей с ожогами должна начинаться с первых дней поступления ребёнка в стационар. Превентивная реабилитация проводится в процессе восстановления кожного покрова и направлена на предотвращение осложнений, скорейшее выведение больных из тяжёлого состояния и раннюю активизацию пострадавших.

Консервативные мероприятия направлены на профилактику деформаций и контрактур. Хирургическая реабилитация осуществляется у тех пациентов, у которых не удалось предупредить образование рубцовых деформаций и контрактур.

При несвоевременном оказании помощи многократно возрастает риск осложнений и может привести к нежелательным последствиям таким, как: гипертрофические келлоидные рубцы, контрактуры, шрамы, посттравматический стресс, психические расстройства, вплоть до суицидальных состояний.

Статистика по странам.

Нами был изучен сравнительный анализ международных исследований со странами, где некоторые факторы риска увеличивают вероятность насилия над детьми. Так, по данным российских исследований было выявлено:

1. возраст: младше 1го года – 67%, 80% - младше трех лет.
2. случаи насилия над ребенком в прошлом: по статистике 50% насилия повторяется. В 10% случаях насилия - смертельные исходы.
3. насилию чаще подвергаются дети с различными нарушениями, расстройствами речи и метальными отклонениями, с врожденными аномалиями или хроническими, рецидивирующими заболеваниями.
4. приемные или неродные дети чаще подвергаются насилию.

По данным статистики, 77% обидчиков - родители ребенка, а 11% - родственники жертвы, 2% - люди у которых не наблюдается родственной связи с ребенком (например, няни, неродные родители). Примерно 10% всех обидчиков детей - это те люди, которые не связаны родственными отношениями с ребенком [4]



В Турции возраст детей, получивших ожоги, в среднем составил от 3 до 5 лет. При этом ожоги в связи с кипятком – 77,9%, от огня-14,2%, электрические ожоги-7,9%. Госпитализация и наблюдение в среднем составило 12 дней.

Распределение ожогов по возрастным группам: 2мес-4г -67,5%, 5-10лет-21,4%, 11-15 лет-10,1%.

Исследования в Китае показали, что средний возраст, в среднем, составил от 3 до 5 лет. Дети, получившие ожог в результате кипятка - 59%-92%, от огня-6%-33%, от тока-0-10%. Смертность составляет от 0,49% до 9,08%. Госпитализация и наблюдение – от 10 до 14 суток [6,7].

Материалы и методы. Классификация; обобщение; сравнительный анализ; синтез (объединение); изучение и анализ литературы; изучение и анализ документации, архивных источников.

Результаты и обсуждение. Причины проявления многих отклонений и нарушений в детском возрасте в дальнейшем может отразиться во взрослой жизни. Поэтому при оценке каждого конкретного случая насилия над детьми следует очень внимательно рассматривать весь комплекс клинических симптомов, психологических особенностей, социальных условий и обстоятельств, связанных с невнимательным обращением, и подходить к данному вопросу профессионально, учитывая мнение всех специалистов, чтобы оказать действенную помощь.

На страже детей должна реализовываться солидарная ответственность родителей и общества, проводиться профилактическая работа по охране здоровья детей, включая социально-правовую пропаганду в СМИ

Чтобы защитить ребенка от невнимательного отношения, от его последствий, обеспечить ему счастливое детство и право на жизненное пространство, необходимо оградить его от возможного или вероятного негативного воздействия и защитить его.

Выводы. 1. Таким образом, любой вид недоброжелательного обращения с детьми может сопровождаться серьезными нарушениям состояния здоровья детей, их физического и психического благополучия, что мешает его полноценному развитию.

2. Нами установлен факт невнимательного отношения к ребенку со стороны родителей, в виде отсутствия условий для безопасного

существования, ввиду незнания особенностей поведения детей, а также отсутствия солидарной родителей за здоровье своего ребенка.

6. С целью предупреждения заболеваемости вследствие невнимательного отношения к ребенку со стороны родителей, необходимо проведение большой профилактической работы с родителями еще до рождения ребенка, ознакомление с правами ребенка на безопасные условия проживания, обучение родителей, обычно групповое, для расширения знаний о развитии ребенка и стимулирования стратегий позитивного обращения с детьми.

Заключение. В заключение, следует отметить, что большую роль в распространении невнимательности к детям играет неосведомленность родителей или лиц их заменяющих, о том, какие меры воздействия недопустимы по отношению к ребенку, непонимание, что не каждое наказание идет ему на пользу. Немаловажное значение имеет и низкая правовая культура населения, недостаточные знания законодательных норм, охраняющих права ребенка.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Жестокое обращение с детьми. Информационный бюллетень N150, ВОЗ.-2010.- 15с.

2. Конвенция ООН о правах ребенка//Права человека: Сборник международно-правовых документов./Сост. В.В.Щербов. Мн.: Белфранс.- 1999.-1146 с.

3. В.В.Столин. Психология детей и подростков: Учеб пособие. 2-е изд., перераб. Спб.: Изд-во Михайлова В.А., 1998. 379 с., страница 18/38

4. Е.И. Цымбал. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия (учебное пособие). –М. РБФ НАН.- 2007.-320с.

5. Этьенна Г. Круга Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с.

6. Lv Kai-Yang, Xia Zhao-Fan

Epidemiology of Pediatric Burns Requiring Hospitalization in China: A Literature Review of Retrospective Studies

7. G. Philip Barnsley MD^{1,2}, Shannon E. Barnsley MSc^{3,4}. Rate of pediatric tap water scald injuries in eastern Ontario, 2007, 15(1):33-37.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Мажен Бакыт Талгатовна
Интерн 6-069 группы НАО Медицинский университет Караганды
Научный руководитель к.м.н., профессор кафедры внутренних
болезней №2 Алина А.Р.

Аннотация. У пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) выявлен высокий уровень тревожности и депрессивных расстройств, которые были взаимосвязаны с длительностью и активностью СКВ. У обследованных с СКВ и высокой тревожностью значительно снижены шкалы эмоционального и физического здоровья.

Ключевые слова: системная красная волчанка, депрессия, тревожность, качество жизни

Вступление. В последние годы рост выживаемости, а с ней и возрастание степени органических повреждений, как от самого заболевания, так и от проводимой терапии все чаще дают повод задуматься о качестве жизни (КЖ), связанном со здоровьем, у пациентов с СКВ [1,2,5,8].

Цель. Изучить особенности психоэмоционального статуса и их влияние на качество жизни больных с СКВ.

Материалы и методы. В исследование включено 48 пациентов женского пола с СКВ. Средний возраст пациентов - $34 \pm 2,8$ лет. Средняя длительность заболевания - $6,2 \pm 2,7$ лет. Контрольная группа представлена 10 практически здоровыми людьми, сопоставимыми по полу и возрасту. Для оценки тревожности использовалась шкала Г.В.Погосовой «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» [9] и диагностика эмоциональности, методика В.В. Суворовой [3]. Для изучения КЖ, использовался специфический опросник Lupus Quality of life (Lupus-Qol) [1,4,6,10].

Результаты и обсуждение. Очень высокая активность СКВ выявлена у 18% пациентов, высокая активность - 28%, умеренная активность - 28%, минимальная активность - 26%.

У пациентов с СКВ выявлен достоверно высокий уровень тревожности (58,3%) чем у лиц контрольной группы (3%). У обследованных СКВ высокий уровень тревожности был взаимосвязан с длительностью ($r=0,33$, $p<0,05$), активностью СКВ ($r=0,42$, $p<0,05$). Депрессивные расстройства выявлены у 63,3% пациентов с СКВ, в группе контроля у 5% обследованных. У пациентов с СКВ показатели шкалы физического здоровья составили $53,6\pm 13,6$ балла, шкалы боль - $52,8\pm 14,7$, планирование - $62,7\pm 5,5$, интимные отношения - $59,4\pm 9,3$, зависимость от других людей - $61,5\pm 9,3$, эмоциональное здоровье - $50,2\pm 1,8$, образ тела - $49,8\pm 14,6$, усталость - $58,7\pm 12,4$ балла. У пациентов с очень высокой и высокой активностью СКВ показатели шкал физического здоровья, боли, эмоционального здоровья были достоверно хуже, по сравнению с пациентами с умеренной и минимальной активностью заболевания. У больных с высокой тревожностью выявлено достоверно низкие показатели шкал эмоционального и физического здоровья.

Выводы. У пациентов с СКВ выявлен высокий уровень тревожности и депрессивных расстройств, которые достоверно взаимосвязаны с длительностью и активностью СКВ. У обследованных с СКВ низкий уровень КЖ ассоциирована с активностью заболевания. У пациентов с высокой тревожностью значительно снижены шкалы эмоционального и физического здоровья.

Литература

1. Асеева Е.А., Воробьева Л.Д., Соловьев С.К., Амирджанова В.Н., Глухова С.И., Койлубаева Г.М., Летунович М.В. Психометрические свойства русскоязычной версии специфического опросника LupusQoI для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с системной красной волчанкой / Научно-практическая ревматология. – 2018. Т.56 (2).- С.164-172.
2. Воробьева Л.Д., Асеева Е.А. Значение качества жизни, связанного со здоровьем, у больных системной красной волчанкой и современные инструменты его оценки / Современная ревматология.- 2017.- №11.-С.62-72.
3. Грехов Р.А., Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Зборовская И.А. Механизмы психологической защиты и элементы внутренней картины болезни у больных системной красной волчанкой / Фундаментальные исследования 2013.-№9.-С. 616-619.

- 4.Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб, 2001.-С.539-540.
- 5.КлюквинаН.Г., ВедерниковаЕ.А., Ломанова Г.В. Особенности системной красной волчанки у мужчин: описание случаев и данные литературы / Современная ревматология.- 2013.-№4.- С. 26-31.
- 6.Конабекова Б.Е., Хамитова Е.А., Хисметова З.А. Качество жизни у пациентов с системной красной волчанкой в зависимости от медико-социальных, этнических характеристик и психоэмоционального состояния (депрессия и тревога) / Наука и здравоохранение. – 2018. Т.2.- С.17-25.
- 7.Марченко А. С. Стрессовые расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных системной красной волчанкой: клинико-психопатологическое исследование/ Авт. дисс.раб.- Москва, 2009.
- 8.Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей // www.bono-esse.ru
- 9.Харченко С.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П.,Мякишев М.В., Зборовская И.А. Психологические особенности больных системной красной волчанкой / Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.- С.17-21.
- 10.MC.Elhone K., Abbott J., Shelmardine J. et al. Development and validation of a disease – specific health – related quality of life measure, the LupusQol, for adults with systemic lupus erythematosus / Arthritis Rheum.-2017. -Vol.57.- P.972-979.

БАЙҚОҢЫР ҒАРЫШ АЙЛАҒЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАН КӨРСЕТКІШТЕРІ ЖӘНЕ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕ КӨРСЕТКІШТЕРІН ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ТҮЗЕТУ ЖОЛДАРЫ.

Ғылыми жетекші: оқытушы, жаратылыстану ғылымдары магистрі

Боксенова С.К.

Гистология, цитология және эмбриология кафедрасы»,

АҚ «Астана медицина университеті» Астана қ

Сейтжаппар.А.Р

Тақырыптың өзектілігі: Қолданбалы физиологияда адамның жұмысқа жарамдылығы мен тіршілік әрекетінің зерттелуі маңызды болып табылады. Ауылшаруашылық және өнеркәсіптік өндіріс қалдықтарымен қоршаған ортаны ластау ағзаның резервтік мүмкіндіктерін төмендете отырып, өзгермелі факторларға бейімделу мүмкіндіктерін төмендетеді. Арал өңірі Юнесконың анықтамасы бойынша дағдарысты аймақтардың бірі болып табылады.

Мақсаты: Төретам елдімекен, Қызылорда қаласы, Жаңақорған тұрғындарының қан және иммунды жүйе көрсеткіштерін зерттеу.

Материалдар зерттеу әдістері: Бұл ретте осы аймақтың экстремалды факторларының әсерінен болатын сау адамның организмінде функционалдық қызметтердің өзгерісі, резервтік мүмкіндіктері мен жүйелері, олардың мониторингі, сонымен қатар алдын алу мен қалпына келтірудің әдістері мен жолдары зерттеу жұмысының негізгі көлеміне кіреді. Берілген әдістемелік ұсыныстарға сай күн сайын 20 минуттан 20 күн бойына қосымша өлі кеңістік көрсеткішін 450-600 мл –ден 1000-1500 мл-ге дейін арттыра отырып жаттығулар жасалды, және 10 күн үзілістен кейін қайтадан 10 күн бойы ҚӨК арқылы тыныс алды. Барлық зерттелінушіге бақылау жасалды, ешкі сүтін пайдаланғаннан кейін 60 қан талдамасы (анализ) алынды. Нәтижелер Microsoft Excel бағдарламасымен есептеліп өңделді сонда $p < 0,05$ шамадағы өзгерістер нақты деп саналды.

Зерттеу нәтижелері: Қызылорда облысы тұрғындарының қанындағы сарысу иммунды глобулиндері IgA, IgG және IgM мөлшерінің 1 айлық динамикасы көрсетілді. Жүргізген зерттеулер 14 күн мерзімінде ешкі сүтін қабылдау сарысу иммунды глобулиндерінің

барлық кластарының мөлшерінің өзгеруіне әсер ететінін көрсетті. Төретам кенті тұрғынарында IgA көрсеткіші бастапқы кезінде $1,39 \pm 0,04$ мг/мл болса, ал 14 күн бойы ешкі сүтін қабылдағаннан соң ол көрсеткіш $1,52 \pm 0,03$ мг/мл жетті. Көрсетілген өзгерістердің айқындылығы зерттелінушілер тұратын аймақтардың Байқоңыр ғарыш айлағынан қашықтау деңгейіне тура пропорционал болды. Иммунды глобулиндер деңгейі негізін Төретам кенті тұрғындары жоғары екені белгілі болды. Арал өңірі тұрғындарының қанындағы сарысу иммунды глобулиндерінің анықталған өзгерісін ешкі сүтінің көмегімен коррекциялау мүмкіндігі көрсетілді.

Қорытынды: 1. Гипоксиялық-гиперкапниялық тыныс алу жаттығулары байқоңыр ғарыш айлағы тұрғындарының қан көрсеткіштерін жақсартатыны анықталды.

2. Ешкі сүтін қабылдау сарысу иммунды глобулиндері IgA және IgM мөлшері мөлшерінің көтерілуіне әсер етсе, IgG иммунды глобулин мөлшері аз өзгерді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Баймуратов У. О решении социально-экономических и экологических проблем Приаралья // Вестник АН КазССР. - 1990. - № 9. - С.55-56.

2. Берденкулова А., Ибадуллаева С.Ж., Колбай И.С., Бахтиярова Ш.К., Тлеулиев К.Д., Сактапбергенова Г. Сезонные различия содержания ряда химических элементов в почвах Кызылординской области // Физиологические основы здорового образа жизни: Международ. научно-практич. конф., посвящ. 60-летию Института физиологии человека и животных ЦБИ МОН РК. - Алматы, 2005. - С.32-33

3. Баевский Р.М. Методико-экологический мониторинг здоровья населения // Медико-экологические проблемы Приаралья и здоровья населения: Сб. науч. тр. - Нукус, 1991. - С.65-68.

4. Shalakhmetova T.M., Kolbay I.S. Heavy metals as a major antropogeneous factor affecting on hepatic structure and functions in Aral region of Kazakstan // Biological Monitoring: Abstracts of Internat. Sympos. - Seoul, 1998. - N 1745

5. Аликулов З.А., Богуспаев К.К. Восстановление засоленных почв Приаралья с использованием специфических видов растений // Вестник КазНУ. Серия экологическая. - 2000. - № 1(8). - С.7-10.

6. Мусабеков К.Б., Жанбеков Х.Н., Сейтжанов А.Ф., Жетписбай Д.Ш. Токсикологическое воздействие тяжелых металлов на окружающую среду // Вестник КазНУ. Серия экологическая. - 2000. - № 1(8). - С.56-59.

7.Кольбай И.С. Изменение содержания лейкоцитов у жителей Приаралья при гипоксически-гиперкапнических дыхательных тренировках // Известия МН-АН РК. Сер.биол.и мед. – 1998. - № 5-6. - С.12-15.

8.Шарипова М.А., Бигалиев А.Б., Жунусова К.Х., Халилов М.Ф. использование патогенетических критериев для экологической оценки состояния окружающей среды // Вестник КазНУ. Серия экологическая 2000. -№ 1(8). - С.42-44.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Бахтиярова Мереке Ажибековна¹, PhD-докторант,
Абабкова Майя Александровна², бакалавр сестринского дела,
Токмурзиева Гульнара Женисовна¹, д.м.н.,
Бодыков Гани Жандиярович², к.м.н.

КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения»,
ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии»
УЗ г.Алматы

Аннотация: Медицинская сестра в современном здравоохранении является равноправным партнером врача. В своём новом качестве медицинская сестра выступает в качестве менеджера, принимающего активное участие в рациональной организации сестринских процессов и принятии самостоятельных решений [1].

Анализ существующей системы контроля качества медицинских услуг на уровне специалистов сестринского дела выявил необходимость в совершенствовании технологий и инструментов оценки

Ключевые слова: специалисты сестринского дела, внутренний аудит, контроль качества, инфекционный контроль, менеджмент в сестринском деле.

Введение. Внедрение системы контроля качества медицинской помощи с элементами стандартизации основных видов деятельности всех участников лечебно-диагностического процесса является основополагающим фактором улучшения показателей качества медицинских услуг [2].

Цель: оценка эффективности организационно-функциональной модели контроля и оценки деятельности сестринского персонала.

Материалы и методы. Проведен анализ форм сестринской документации; анкетирование. Исследование проводилось на базе Центра перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы (далее – Центр). Для систематизации, анализа и статистической обработки создана электронная база данных «Check-листы персонала клиники по блоку инфекционного контроля и сестринского аудита» в программе «Microsoft Office Access 2010». Анкетированием охвачены специалисты сестринского дела - 200 чел.

Результаты и обсуждение. В Центре внедрена модель управления сестринской службой с введением в штатное расписание координатора развития сестринского дела и менеджера по качеству сестринских услуг; создана служба сестринского аудита; определен функционал и полномочия Мониторинговой группы; разработаны и внедрены документированные процедуры по международной системе стандартов Joint Commission International (JCI): check-листы для персонала, маршруты и карты аудитов.

По данным опроса: 88,9% отмечают эффективность работы Мониторинговой группы в обеспечении безопасности сестринских услуг; 86,5% удовлетворены объемом и качеством Check-листов персонала клиники по блоку инфекционного контроля и службы сестринского аудита.

Выводы. Внедрение организационно-функциональной модели контроля и оценки деятельности сестринского службы оценивается как эффективное.

Список литературы

1. Комплексный план развития сестринского дела в РК до 2020 года
2. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Сафонова Н.Г., Маевская Н.В. Опыт организации внутреннего контроля качества медицинской помощи (на примере факультетских клиник ИГМУ)//АСТА BIOMEDICA SCIENTIFICA.-2017.Том2.-№2.-С63-69.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Пузырина Янна Владимировна, Нурсейтова Дария Айдаровна

3 курс, факультет «Стоматология»

Научный руководитель – Туремуратова Дамира Толеубаевна магистр
медицинских наук, ассистент профессора
кафедра внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет
Караганды»

Аннотация. Мы оценили особенность состояния зубов у пациентов с низкой минеральной плотностью костной ткани, соответствующей остеопорозу. Нами определено достоверное отличие влияния низкой МПКТ на уровне шейки бедренных костей на развитие вторичной частичной адентии.

Ключевые слова: остеопороз, вторичная адентия, минеральная плотность костной ткани, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия, Т-критерий.

Введение. Остеопороз – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и как следствие переломами при минимальной травме. [1,2] Вследствие высокой распространенности остеопороза во многих странах мира, заболевание признано серьезной проблемой общественного здравоохранения на мировом уровне. Ранняя диагностика признаков остеопороза является ключевым вопросом для выявления лиц с высоким риском перелома и назначения эффективного лечения.

Цель. Оценить особенности состояния зубов у пациентов с низкими значениями минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 310 человек различной этнической принадлежности, проживающие в Карагандинской области, в возрасте 30 - 74 лет. Критериями исключения явились лица имеющие заболевания эндокринной системы, хроническую печеночную и почечную недостаточность, синдром мальабсорбции, а также лица, принимающие глюкокортикоидные препараты более 3-х месяцев.

Сбор клинических данных проводился методом анкетирования, осмотра ротовой полости. МПКТ на уровне поясничных позвонков L1-L4 и шейки бедренных костей оценивалась с помощью двухэнергетической рентгеновской денситометрии (DXA—dualenergy X-ray absorpciometry), результат выражался в единицах стандартных отклонений (SD). Оценка изменений МПКТ осуществлялась по Т-критерию: $> -1,0$ SD – норма; от $-1,0$ до $-2,5$ SD – выраженная тенденция к снижению костной массы; $\leq -2,5$ SD – низкая МПКТ. [3] Статистический анализ результатов исследования проводили на персональном компьютере с использованием программ IBM SPSS Statistics 22.0, Microsoft Excel. Анализ данных проводили при уровне значимости $\alpha = 95\%$. Результаты и обсуждение. На уровне поясничных позвонков L1-L4 нами определена низкая МПКТ соответствующая Т-критерию $\leq -2,5$ SD у 62 лиц, что составило 20% от общего количества обследованных лиц.

На уровне шейки бедренных костей низкие значения МПКТ отмечены у 111 человек – в 36% случаев. Средний возраст обследуемых составил $55 \pm 9,7$ лет. Нами констатированы достоверные отличия по влиянию низкой МПКТ на уровне шейки бедренных костей на развитие вторичной частичной адентии ($\alpha = 95\%$). [4,5] При этом достоверное влияние гендерного фактора на патологические состояния полости рта получено не было.

При расчете относительного риска и отношения шансов развития вторичной адентии на фоне низкой МПКТ получены следующие результаты: адентия 1 зуба (ОШ 1,5; ОР 1,8 (95% ДИ 0,2; 2,3)), 2-х зубов (ОШ 2,5; ОР 2,9 (95% ДИ 1,02; 4,5)).

Выводы. Таким образом, показатели двухэнергетической рентгеновской денситометрии указывали на наличие остеопороза на уровне поясничных позвонков L1-L4 у 20% лиц, на уровне шейки бедренных костей в 36% случаев. [7] Пациенты с низкой МПКТ имеют в 2,5 раза выше шанс и в 2,9 раза выше риск частичной вторичной адентии чем лица с нормальной плотностью костной ткани. [6]

Заключение. Учитывая полученные нами результаты исследования, мы можем предположить, что вторичную частичную адентию можно предотвратить путем ранней диагностики минеральной плотности костной ткани и своевременным лечением остеопороза.

Список литературы:

1. Consuelo H Wilkins. Osteoporosis screening and risk management. Clin Interv Aging. 2007 Sep; 2(3): 389–394.

- 2.Lim Y, Jo K, Ha HS, Yim HW, Yoon KH, Lee WC, Son HY, Baek KH, Kang MI. The prevalence of osteoporosis and the rate of bone loss in Korean adults: the Chungju metabolic disease cohort (CMC) study. *Osteoporos Int.* 2017 Apr;28(4):1453-1459.
- 3.Schousboe J.T., Bilezikian J.P., Baim S. (2013). Executive Summary of the 2013 ISCD Position Development Conference on Bone Densitometry. *JClin.Densitom*, № 16, p. 455-66.
- 4.Дмитриева Л.А. Состояние тканей пародонта у пациентов с системным остеопорозом /Л.А. Дмитриева, В.Г. Атрушкевич, У.Я. Пихлак // *Стоматология.*– 2006.– № 5.– С. 17-19.
- 5.Комсова Н.А. Сравнительный клиничко-рентгенологический и морфологический анализ механизмов повреждения костной ткани альвеолярного отростка челюстей при различных вариантах развития генерализированного пародонтита (сообщение 2) / Н.А. Комсова, А.М. Политун, Н.В. Комсова // *Современная стоматология.*– 2008.– № 2.– С. 67-72.

EFFICACY OF SEVERAL TYPES BIOLOGICAL THERAPY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Bodriagina Evgeniia, Gainullina Gulia

¹cand.med.sci., assistant professor of Hospital therapy department,
Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

²fellow of Hospital therapy department, Kazan State Medical University,
Kazan, Russian Federation

Annotation. The article presents data on patients with inflammatory bowel diseases (IBD) who received biological therapy. The main indications for prescription were the ineffectiveness of the previous therapy and the severity of the relapse. The use of biological therapy helps to achieve remission of the disease in 83% of patients.

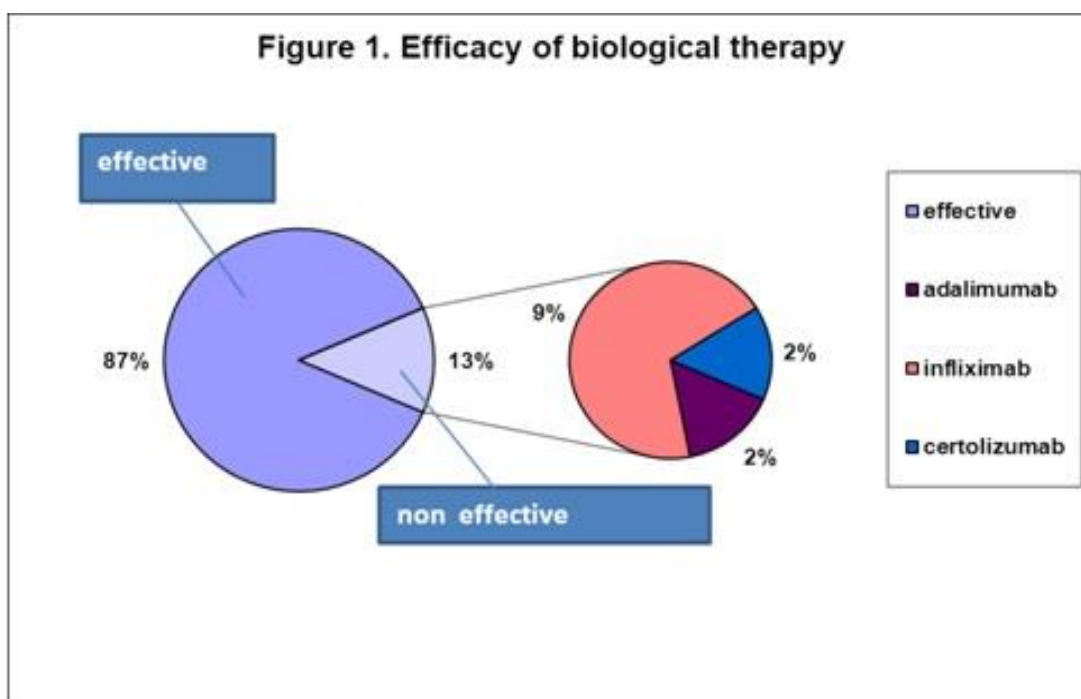
Key words: inflammatory bowel diseases, biological therapy.

Introduction. The use of biological therapy for patients with IBD can promote the achievement of early remission in patients with IBD [1.2]. Aim of our study was to investigate the clinical efficacy of using biological therapy in patients with moderate and severe course of IBD.

Materials and methods. The study included 60 patients with IBD treated by biologic therapy. Among 60 patients ulcerative colitis (UC) was found in 34 (57%) (15 male, 19 female), Crohn's disease (CD) – 26 (43%) (12 male, 14 female). The average age of the patients – $31,8 \pm 2,1$

50 (83%) patients achieved remission of IBD after the induction of biological treatment, ineffectiveness of therapy was observed in 7 (12%) patients who were on infliximab, one (2%) on certolizumab and 2 (3%) on adalimumab (Fig.1) Due to the ineffectiveness of treatment it has been stopped. 4 patients with primary inefficiency of infliximab were switch on adalimumab and achieved remission. 19 (38%) of the 50 patients with an effective biological therapy continue to receive its. 19 (38%) patients had exacerbation of the disease during 6-12 months after the abolition of biologic therapy, 12 (24%) people continue to keep remission.

Conclusions. The use of biological therapy allows to achieve clinical remission in patients with moderate and severe course of IBD, including the ineffectiveness of steroid and immunosuppressive therapy. In 17% cases was observed primary or secondary ineffectiveness of biological therapy. Continuous course of biological therapy is effective as an anti-relapse treatment, the cancel of the biological therapy leads to relapse of the disease.



Literature:

1. Harbord M. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management / M. Harbord [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 7, July 2017, Pages 769–784.
2. Gomollón F. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management / F. Gomollón [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 1, January 2017, Pages 3–25

МЕТОТРЕКСАТ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ҰЗАҚТЫҒЫ МЕН ТРАНСАМИНАЗА ДЕҢГЕЙІНІҢ АРАСЫНДАҒЫ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСТЫ БАҒАЛАУ

Абдихалилов У.Н., Сейткерім Ж.Б.

7-042 топ интерндері, №2 ішкі аурулар кафедрасы, ҚМУ
Ғылыми жетекшісі: №2 ішкі аурулар кафедрасының ассистенті
Оспанова Г.Г.

№2 ішкі аурулар кафедрасының профессоры, м.ғ.к., Алина А.Р.

Түйінді сөздер: ревматоидты артрит, метотрексат, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза

Аннотация. Ревматоидты артритпен сырқаттанған ерлерде аланинаминотрансферазаның шамалы жоғарылауы анықталды және оның метотрексатты қабылдау ұзақтығына тәуелділігі бар, ал әйелдерде метотрексатты қабылдау ұзықтығы ерлермен бірдей болуына қарамастан аланинаминотрансфераза мен аспартатаминотрансферазаның айқын жоғарылауы болды.

Кіріспе. Заманауи медицинаның жалпы тұжырымында метотрексатты (МТ) ең қолайлы тиімділік/уыттылық қатынасы бар ревматоидты артритті (РА) емдеудегі ең қарапайым және фармакотерапиясындағы «алтын стандарт» ретінде қарай отырып [1,4], тұрақты қолданылуына байланысты уытты әсерлерінің жоғары даму қаупін ескеру қажет [2,5,6,7].

Мақсаты: МТ препаратын қолдану ұзақтығы мен трансаминаза деңгейінің арасындағы өзара байлынысын анықтау.

Материалдар мен әдістері. РА бар 125 науқастың ауру тарихтарының бірмезеттік көрсеткіштеріне талдау жүргізілді. Аурудың ұзақтығы $3,8 \pm 1,5$ жыл. Науқастарда МТ қабылдауға дейін бауыр патологиясы анықталмаған. Науқастар 2 топқа бөлінді: 37 ер адам (30%), орташа жасы $49,6 \pm 9,4$ жыл, МТ препаратын қабылдау ұзақтығы - $102,7 \pm 58,9$ апта, орта мөлшері 7,5-20 мг/апта; 88 әйел (70%), орташа жасы - $51,2 \pm 11,7$ жыл, МТ препаратын қабылдау ұзақтығы - $106,7 \pm 61,5$ апта, орта мөлшері 7,5-20 мг/апта. Трансаминазалар (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ)) деңгейі анықталды. Зерттеу нәтижелері және талқылау. МТ – тың старттық мөлшері 7,5–10 мг/аптада, 15–20 мг/аптаға тең старттық мөлшеріне қарағанда қолайсыз реакциялар санының жоғарылауынсыз болды. Ерлерде АЛТ деңгейінің шамалы (бір реттік) жоғарылауы анықталды, яғни орташа 10,8% сәйкес, МТ орташа қолдану ұзақтығы $107,7 \pm 58,5$ апта, орта мөлшері 10-15 мг, қалыпты АЛТ көрсеткіші кезінде МТ орташа қолдану ұзақтығы 101 ± 59 аптаны құрады. Ерлерде АСТ көрсеткіші қалыпты деңгейде болды. Әйелдерде АЛТ деңгейі қалыптыдан үш есе жоғары болды, яғни 29,5% құрады, МТ орташа қолдану ұзақтығы $107,6 \pm 61,4$ апта, орта мөлшері 15-20 мг, қалыпты АЛТ деңгейі кезінде орта мөлшері 7,5-10 мг МТ орташа қолдану ұзақтығы $106,8 \pm 61,8$ апта аралығында. Әйелдерде 18%-да АСТ деңгейінің екі есе жоғарылауы анықталды, МТ орташа қолдану ұзақтығы $108,2 \pm 61,4$ апта, ал қалыпты АСТ деңгейі кезінде МТ орташа қолдану ұзақтығы $106,5 \pm 61,4$ аптаны құрады. Бұл көрсеткіштер басқа зерттеулер нәтижелеріне сәйкес келеді [3,8,9,10].

Қорытынды. РА бар ерлерде АЛТ фракциясының есебінен трансаминазалардың шамалы жоғарылауы анықталды және оның метотрексатты қабылдау ұзақтығына тәуелділігі бар, ал әйелдерде МТ қабылдау ұзықтығы ерлермен бірдей болғанына қарамастан АЛТ мен АСТ айқын жоғарылауы болды.

Әдебиеттер

- 1.Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Муравьев Ю.В. и др. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА) // Научно-практическая ревматология.- 2013.-Т.51. С.117-125
- 2.Муравьев Ю.В. Дозирование метотрексата при лечении ревматоидного артрита //Научно-практическая ревматология.-2013.-Т.5. С.56-98.
- 3.Муравьев Ю.В., Гриднева Г.И, Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Безопасность применения метотрексата в форме раствора для подкожных инъекций у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. – 2015.- Т.53(4). С.371-374
- 4.Насонова В.А. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний / В.А. Насонова, Е. Л. Насонов. - Москва: Литера, 2003. – 506 с.
- 5.Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 445с.
- 6.Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чичасова Н.В. Новые рекомендации по лечению ревматоидного артрита (EULAR, 2013): место метотрексата // Научно-практическая ревматология. 2014.- 52(1). С.8-26
- 7.Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» — 2014 (часть 1). Научно-практическая ревматология.- 2014.-Т.52(5).- 477-494
- 8.Furst, D.E. The rational use of methotrexate in rheumatoid arthritis / D. E. Furst // Br. J. Rheumatol. - 2012. -№ 36. - P. 1196-1204.
- 9.Romao V.C, Cahao H., Fonseca J.E. Old drugs, old problems: where do we stand in prediction of rheumatoid arthritis responsiveness to methotrexate and other synthetic DMARDs?// BMC Medicine.- 2013- Vol. 11. P.17.
- 10.Smolen J.S., Landewe R., Breedveld F.C. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs:// 2013 update. Ann Rheum Dis. 2014.- Vol.73. P. 492-509.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ МИКРОДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Ш.С.Муратбекова¹, Н.И.Турсынов¹, Н.К.Ибраимхан¹
научный руководитель д.м.н. Н.И.Турсынов, кафедра неврологии,
нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии.

¹ некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», г.Караганда

Аннотация. Работа посвящена изучению эффективности программы реабилитации после микродискэктомии.

Ключевые слова: микродискэктомия, восстановительное лечение, реабилитация, грыжа диска, кинезиофобия.

Микродискэктомия при грыжах поясничного отдела позвоночника – наиболее частая операция в нейрохирургии. Однако в клинической практике наблюдаются значительные различия в содержании, продолжительности и интенсивности восстановительных программ после проведенного операционного лечения [1].

Цель работы – оценить эффективность комплексной программы реабилитации в раннем восстановительном периоде после микродискэктомии на поясничном отделе позвоночника.

Материалы и методы.

В исследование включено 86 пациентов. В основной группе (ОГ, N=46) проводилась восстановительная терапия по протоколам диагностики и лечения РК, и был выдан образовательный буклет с инструкциями по двигательному режиму. В контрольной группе (КГ, N=40) проводилось лечение согласно протоколам диагностики и лечения РК.

Все пациенты до и после лечения были обследованы по 4-бальной шкале оценки клинических признаков, анкете Освестри, шкалам Л.Д.Малковой, Ч.Д. Спилбергера, Тампа. Уровень инвалидизации оценивался через 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст ОГ составляет $43,4 \pm 13,9$ лет, КГ – $47,6 \pm 11,8$ года. Средняя продолжительность пребывания в стационаре - 14 дней. Существенных различий в исходных характеристиках групп не обнаружено ($p > 0,05$). Во всех тестах наблюдалось значительное улучшение по сравнению с исходным уровнем в двух группах, более выраженное в основной группе. ($p < 0,05$).

Исследование восстановления трудоспособности выявило, что в группе сравнения 57,5% пациентов получили группу инвалидности. В основной группе этот показатель был 56,5%.

Выводы: Пациенты после микродискэктомии находятся в наиболее трудоспособном возрасте (36-54 лет).

Отмечается выраженная положительная динамика вертебро-неврологических симптомов, качества жизни, кинезиофобии, тревожности и астенизации после лечения в обеих группах, более выраженная в основной группе.

Отмечается высокий уровень инвалидизации в обеих исследуемых группах через 6 месяцев после операции.

Заключение: Таким образом, не смотря на положительную динамику клинических проявлений, сохраняется высокий уровень инвалидизации. Это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований в области реабилитационного лечения после удаления грыжи диска на поясничном отделе позвоночника.

Список литературы.

1. Oosterhuis T, Costa LO, Maher CG, et al. Rehabilitation after lumbar disc surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 14;(3):CD003007. doi: 10.1002/14651858.CD003007.pub3.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАСКУЛИТА

Э.М. Жуанышева¹, М.А. Григолашвили², Н.А. Евстафьева³

¹Резидент- невропатолог 2 года обучения кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии

²Заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии, профессор

³Заведующая неврологическим отделением
«Областная клиническая больница»

г. Караганда, врач- невропатолог высшей категории

НАО «Медицинский университет Караганды» г. Караганда,
Казахстан

Аннотация: Среди всех сосудистых патологий на первом месте находятся инсульты, артериальные гипертензии, атеросклерозы церебральных артерий. О сосудистых поражениях мозга воспалительного характера, иначе называемые васкулиты или артерииты, известно крайне мало.

Диагностировать васкулит сложно вследствие разнообразной клинической симптоматики, которая зависит от размера пораженных сосудов, вовлеченных органов и систем, выраженности воспалительного процесса. В настоящее время возможности диагностики значительно повысились, это обусловлено внедрением в практическую деятельность магнитно-резонансной и компьютерной томографии, церебральной ангиографии, лабораторных методов исследования.

Но несмотря на это, церебральный васкулит остается крайне тяжело протекающим и приводящим к инвалидизации заболеванием.

В статье представлен клинический случай пациентки со вторичным церебральным васкулитом, характеризующийся стертой клинической картиной, поздней диагностикой и трудным ответом на специфическую терапию.

Ключевые слова: вторичный церебральный васкулит, системная красная волчанка, эпидемиология, диагностика, лечение, прогноз

Введение: Церебральный васкулит - это патология сосудов головного мозга воспалительного характера с некротическим компонентом. Поражает лиц любого возраста, но наиболее часто затрагивает молодой и трудоспособный возраст от 25-45 лет, занимает около 1 % всех инсультов и 5 % инсультов среди лиц моложе 45 лет. Имеет крайне редкую встречаемость, 1-2 случая на миллион населения в год, но несмотря на это остро манифестирует, зачастую приводит к инвалидизации, основу лечения составляет длительная гормональная терапия. [1,2,3]

По патогенезу церебральные васкулиты подразделяют на первичный или идиопатический, и вторичный на фоне различных заболеваний. Неврологическая симптоматика возникает при первичных системных васкулитах(узелковый полиартериит, синдром Черг-Стросса, гранулематоз Вегенера, синдром Бехчета),инфекционных и опухолевых заболеваниях, саркоидозе, лекарственной гиперчувствительности, ревматических заболеваниях(системная красная волчанка, системная склеродермия, ревматоидный артрит, дерматомиозит, синдром Шегрена).По диаметру пораженных сосудов выделяют васкулиты с поражением крупных сосудов, сосудов среднего и малого диаметра.[4]

Диагноз верифицируется на основании данных МРТ, КТ и МР-ангиографии, УЗ- исследования магистральных артерий головы, биопсии. Дополнительно используются лабораторные признаки острофазовых показателей и изменение показателей гуморального и клеточного иммунитета, подтверждающие наличие воспаления иммунного генеза.

Для постановки диагноза церебрального васкулита необходимо наличие следующих общепринятых диагностических критериев: неврологический дефицит или психические нарушения, которые невозможно объяснить другими причинами; наличие чередующихся участков стеноза с участками сосудов нормального или расширенного диаметра с симметричным поражением крупных артерий по данным ангиографических исследований, однако при васкулитах чаще происходит поражение сосудов висцеральных органов или сосудов, кровоснабжающие периферические нервы, гистопатологические особенностей васкулита ЦНС; отсутствие признаков системного васкулита и других заболеваний, которые могут вызвать симптомы или ангиографические признаки васкулита.[5,6,7]

Со слов пациентки головные боли, периодическое головокружение в душном помещении, снижение памяти беспокоили в течении длительного времени, в 2014г. также отмечала эпизоды ассоциального поведения, стала более агрессивна (выкинула в окно попугая), в дальнейшем изменение в поведении не отмечала. Со слов пациентки получала травму головы (пациентка упала головой вниз, занималась фигурным катанием). По поводу головных болей обращалась в поликлинику, самостоятельно принимала цитрамон, проходила лечение в условиях дневного стационара с улучшением. В июле 2017г. у пациентки, впервые во сне развился эпилептический развернутый приступ, в последующем, по словам матери, у пациентки появились причмокивания, продолжительностью 1,5-2 минуты. Обратилась к невропатологу, после обследования назначена противосудорожная терапия-вальпроаты. После 1-го приема препарата у пациентки в августе 2017 года возникло ухудшение состояния с подъемом температуры тела до 39,5 градусов, озноб, зуд лица, рук. С диагнозом аллергическая реакция по типу отека Квинке была госпитализирована в стационар, где получала гормональную терапию. По данным выписки, у пациентки в отделении был зафиксирован приступ тонико-клонических судорог. В сентябре 2017 года у пациентки, во время дневного сна вновь развился генерализованный эпилептический приступ с прикусом языка, пациентка стала отмечать появление язв в области губ, слизистой полости рта, отек и гиперемию, лимфаденит. Был рекомендован прием ламотриджина. В начале октября пациентка стала отмечать сыпь на лице, шее, руках, сопровождающуюся зудом, повышением температуры тела до 38,5 гр. Пациентка самостоятельно принимала парацетамол, с незначительным снижением температуры. Препараты самостоятельно отменила, последний приступ судорог, со слов пациентки, в начале сентября 2017года, с этого момента отмечает нарушение менструального цикла, дисменорею, выраженную потливость. В ноябре 2017 года поступила на лечение в неврологическое отделение.

При госпитализации в неврологическом статусе- сознание ясное, адекватна. Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Эмоционально лабильна. Снижена память. Глазные щели D=S. Зрачки OD=OS, фотореакции живые, роговичные и роговичные рефлексy не изменены.

Движение глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Аккомодация и конвергенция не изменены. Мелкоамплитудный горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Носогубная складка симметрична. Язык по средней линии. Глоточные и небные рефлексы снижены+симптом Маринеску-Радовичи слева. Глотание и фонация не нарушена. Правосторонняя гемигипестезия. Мышечная сила во всех конечностях 5,0 б. Мышечный тонус - диффузная гипотония во всех группах мышц. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей повышены слева. Брюшные рефлексы abs. В позе Ромберга неустойчива. Координаторные пробы с небольшой интенцией слева. Мелкоамплитудный тремор пальцев рук, с акцентом слева. Менингеальных и патологических стопных знаков нет.

Проведены лабораторно-инструментальные методы исследования, где следует отметить, в ОАК- трехростковая цитопения, на УЗИ ГДЗ- спленомегалия, по данным электроэнцефалографии выявлены признаки умеренно-выраженной дезорганизации и неустойчивости биоэлектрической активности головного мозга с раздражением мезэнцефальных структур. Эпи-комплексы в затылочной области.

На МРТ головного мозга- МР-признаки энцефалопатии. Расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина в лобных и теменных долях с перифокальным глиозом. Кортикальные изменения неясного генеза в угловой и надкраевой извилинах правой теменной доли(кортикальный глиоз?). Венозная ангиома левой гемисферы мозжечка. Нельзя исключить кортикальную дисплазию крючка парагиппокамповой извилины и миндалевидного тела справа. Киста шишковидной железы.

В январе 2018 года пациентка поступает повторно. Неврологический статус прежний. Во время нахождения пациентки в стационаре дифференциальный диагноз продолжился между аксонально- демиелинизирующим поражением головного мозга, сосудистой патологией, а именно васкулитом (артериитом) сосудов головного мозга как первичным(идиопатический артериит), так и в рамках системных ревматологических заболевания (артериит Такаясу, ревматоидный артрит с поражением сосудов, СКВ).

Пациентка была обследована, проведена ЯМРТ головного мозга на догоспитальном этапе, отмечалось прогрессирующее основное заболевание неясного генеза, в виде увеличения размеров старых очаговых изменений и появления множественных новых, с цитотоксическим отеком в 5 очагах, с явлениями энцефаломалации и формированием щелевидных ликворных полостей в очагах в правой лобной доле.

МР-картина неспецифичная, соответствует ряду заболеваний-первичный или вторичный васкулит артерий малого калибра, аутоиммунно-опосредованные нарушения при системных заболеваниях (например СКВ). МР-признаки энцефалопатии. Венозная ангиома левой гемисферы мозжечка. Учитывая отсутствие на ЯМР-томограммах признаков воспалительных демиелинизирующих очагов со стороны вещества головного мозга, прогрессирующее поражение, с увеличением их в объеме, их расположение параллельно ходу сосудов и по боковым желудочкам, сформирование диапедезного пропитывания, был предварительно выставлен васкулит. Учитывая наличие кожного синдрома, проявления нейроваскулита, ливедо, синдрома Рейно, фотосенсибилизации, дисменореи, афтозного стоматита, хейлита, трофических нарушений, спленомегалии, лимфаденита, панцитопении, а также наличие положительного теста на ANA-screen на антитела к двуспиральной ДНК (Ig G) - 9,2, антиядерные антитела, скрининг (ANA-screen)- 3,9 заподозрено ДБСТ, рекомендовано дообследование (иммуноблоттинг). Получен положительный результат на АТ к SSA/Ro-52 3+, SSA 3 по иммуноблоттингу, была консультирована ревматологом, и был выставлен диагноз Системная красная волчанка, подострое течение, активность II, с поражением ЦНС (судорожный синдром в анамнезе, энцефалопатия), РЭС (трехростковая цитопения, спленомегалия, лимфаденопатия в анамнезе), сосудов (пальмарная эритема), кожи (эритематоз голеней в анамнезе), почек (люпус-нефрит с малым мочевым синдромом, ХПН 0), сердца (люпус-кардит, НК0), трофические нарушения (выпадение волос), фотосенсибилизация. ANA положительно, anti SS-A положительно. Пациентке назначена патогенетическая и симптоматическая терапия, включающая в себя пульс-терапию

Метипредом 1000 мг в\в капельно с переходом в дальнейшем на таблетированный прием Метипреда 32 мг с последующим снижением дозы по схеме, иммуносупрессивная терапия циклофосфамидом (эндоксан) 1000 мг в\в капельно.

Пациентка закончила полный курс стационарного лечения. Общее состояние на фоне проводимого лечения без отрицательной динамики.

Заключение: Церебральный васкулит, в настоящее время, остается труднодиагностируемым заболеванием, не имеющий специфических клинических проявлений. Ведение пациентов с церебральным васкулитом должно осуществляться совместно с неврологами и ревматологами. В нашем клиническом наблюдении заболевание проявлялось атипичной клинической картиной, что привело к поздней и длительной лабораторной и нейровизуализирующей диагностике. Усовершенствование нейровизуализационных методов, расширение объема лабораторных исследований позволят в будущем проводить достоверную неинвазивную диагностику церебрального васкулита.

Список литературы

- 1.Ferro JM. Vasculitis of the central nervous system. J Neurol 1998;245:766-76.
- 2.Nadeau S.E. Diagnostic approach to central and peripheral nervous system vasculitis. Neurol. Clin 1997;759- 77.
- 3.Joseph FG, Scolding NJ. Cerebral vasculitis: a practical approach. Pract Neurol 2002; 2:80-93.
- 4.Fieschi C., Rasura M., Ansini A., Beccia M. Central nervous system vasculitis. J.Neurol.Sci.1998;153-59.
- 5.Церебральный васкулит: проблемы дифференциального диагноза и терапии. Беденко А.С.Авиценна. 2018. № 20.С. 37-40.
- 6.Изолированный церебральный васкулит: обзор литературы и собственное наблюдение. Пономарев В.В., Селицкий М.М., Бойко А.В.Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал 2014. № 4 (38). С. 60-66.

7. Moore PM, Richardson B. Neurology of the vasculitides and connective tissue diseases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998;65:10-22.
8. Siva A. Vasculitis of the nervous system. J Neurol 2001;248:451-68.
9. Wilson HC, Scolding N. Inflammatory and infective disorders. In: Early-Onset Dementia. A Multidisciplinary Approach. Ed. By Hodges JR. Oxford University Press, 2001: 385-403.
10. Sampson EL, Warren JD, Rossor MN. Youngonset dementia. Postgrad Med J 2004; 80:125-39.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СИНДРОМА ВЕСТА.

Григолашвили М.А.¹, Дуйсенгали Д.Н., Калиева А.Б., Мадиева А.,
Нургалиева А.К.²

Заведующая кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и
реабилитологии, профессор,

НАО «Медицинский Университет Караганды»

Резиденты-невропатологи НАО «Медицинский Университет
Караганды»

Аннотация: в статье представлен клинический случай эпилептической энцефалопатии синдрома Веста, трудно диагностируемой, с неблагоприятным прогнозом, длительным временем существования спазмов и наличием задержки психомоторного развития в начале заболевания. Приведены краткие статистические данные, подчеркнуты важность ранней диагностики, назначения эффективной терапии.

Ключевые слова: Синдром Веста, эпилепсия детского возраста, инфантильные спазмы, эпилептическая энцефалопатия.

Актуальность: Распространенность синдрома Веста различается в разных странах. Так, в США (2011 год) она составляет 2 % от всех эпилепсий детства и 25 % - от случаев эпилепсии с началом на первом году жизни, в Эстонии - 1,4 %, в Дании - 4,2 %, в Финляндии - 7,6 % случаев эпилепсии у детей. В целом, распространенность синдрома Веста достигает 2,5–6 на 10 000 новорожденных детей. [1] Казахстанские исследователи считают, что распространенность эпилепсии в республике Казахстан составляет 2,3:1 000. [2] Чаще страдают мальчики – до 60% случаев. СВ возрастзависимое заболевание: дебют в 1 году жизни отмечается в 95% случаев, а наиболее часто (75% случаев) между 3 и 7 месяцами жизни. [3]

Цель: описание клинического случая, особенностей его течения и прогноза, представить литературный обзор последних данных по представляемой теме.

Синдром Веста (СВ) – возрастзависимый эпилептический синдром, относящийся к группе младенческих эпилептических энцефалопатий и характеризующийся следующими критериями:

- особым типом эпилептических приступов — инфантильными спазмами, представляющими собой короткие сильные сокращения аксиальной мускулатуры (сгибательные, разгибательные или смешанные);

межприступными изменениями на электроэнцефалограмме в виде гипсаритмии;

- задержкой психомоторного развития.

Синдром Веста рассматривается как одна из форм эпилептических энцефалопатий и является самой частой ее формой

По проекту классификации 2001 года относится к группе возрастзависимых эпилептических энцефалопатий младенческого возраста. Согласно предложению Ohtahara и соавторов. (1993г.), этиологические факторы синдрома Веста принято подразделять на пренатальные, перинатальные и постнатальные. В первую очередь это мальформации головного мозга, которые обуславливают до 30 процентов случаев СВ и могут встречаться как изолированно, так и в комбинации с нейрокожными синдромами. Наследственные дефекты метаболизма составляют около 10 % всех случаев СВ,

а хромосомные аномалии 4%. Доля перинатальных факторов в этиологии СВ составляет 15% и основная роль принадлежит гипоксии-ишемической энцефалопатии, инфекции центральной нервной системы, опухоли и инсульта. [4]. Около 30-40% отводится моногенным генетическим мутациям. На настоящее время наиболее часто связывают с наличием мутаций в следующих генах: ARX, CDKL5, KCNQ2, FOXP1, GRIN1, GRIN2A, MAGI2, MEF2C, SLC25A22, SPTAN1, STXBP1.[5]

На настоящий момент сформулированы ряд гипотез патогенеза СВ.

- Повышение в крови кортикотропина – релизинг гормона[6].
- Активизация глутаматных рецепторов [7]
- Десинхронизация развития головного мозга[8].
- Нарушение взаимодействия между корой головного мозга и подкорковыми структурами [9].
- Активация ГАМКб рецепторов[10].

Учитывая разность гипотез, можно предположить что единого механизма развития СВ нет. Патогенез разворачивается на нескольких уровнях нейрорегуляции – гормональном, нейротрансмиттерном и на уровне рецепторов ГАМК.

Описание клинического случая.

Пациент Д, 07.06.2018 г.р., поступил в неврологическое отделение с частыми приступами судорог по типу тонических, «кивков» головы и плечевого пояса, беспокойство, задержкой психомоторного развития.

Анамнез заболевания.

Впервые приступы возникли за неделю до госпитализации: пациент стал беспокойным, за сутки наблюдалось 7-8 приступов в виде флексорных тонических, серией до 6-8 раз, длительностью 2 мин. Ранее получил лечение в отделении патологии новорожденных, где верифицирован диагноз: Внутривentricular кровоизлияние (ВЖК) 4 степени. Затем в нейрохирургическом отделении с диагнозом: Последствия ВЖК 3-4 степени. Киста левой гемисферы. Внутренняя гидроцефалия компенсированной стадии.

На КТ головного мозга: признаки внутренней гидроцефалии, гипоксически-ишемических изменений обоих полушарий головного мозга, кистозно-рубцово-атрофических изменений лобной доли левого полушария мозга (последствие ВЖК июнь 2018г). На НСГ выявлено - ВЖК 3ст, внутренняя гидроцефалия, кисты теменной области левого полушария. Госпитализирован в отделение неврологии для дообследования и верификации диагноза.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности 3 родов. Беременность протекала на фоне токсикоза. Роды в сроке 37 недель, физиологичные. Вес при рождении - 3124 г. Рост- 53 см. Закричал сразу. К груди приложен не сразу. Раннее развитие: Были выписаны на 30 сутки, находился в ОПН - перенес ВЖК 4 ст.

Наследственность отягощена: у дяди по отцовской линии эпилептические приступы. Эпидемиологический анамнез: Контакт с инфекционными больными в течении 21 дня отрицает, рвоту, жидкий стул отрицает.

Объективные данные

Состояние ребенка тяжелое за счет эпилептического синдрома. Самочувствие страдает, беспокоен. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, теплые. Дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет. ЧДД-34 в мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Ps-132 в 1 мин. АД 100/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: Уровень сознания по шкале ком Глазго 15 баллов. Окружность головы - 42см. Большой родничок не напряжён, размером 1.0*1.0 см. Движения глазных яблок спонтанное, в полном объёме. Взгляд фиксирует, за предметами следит. Зрачки OD=OS, средние.

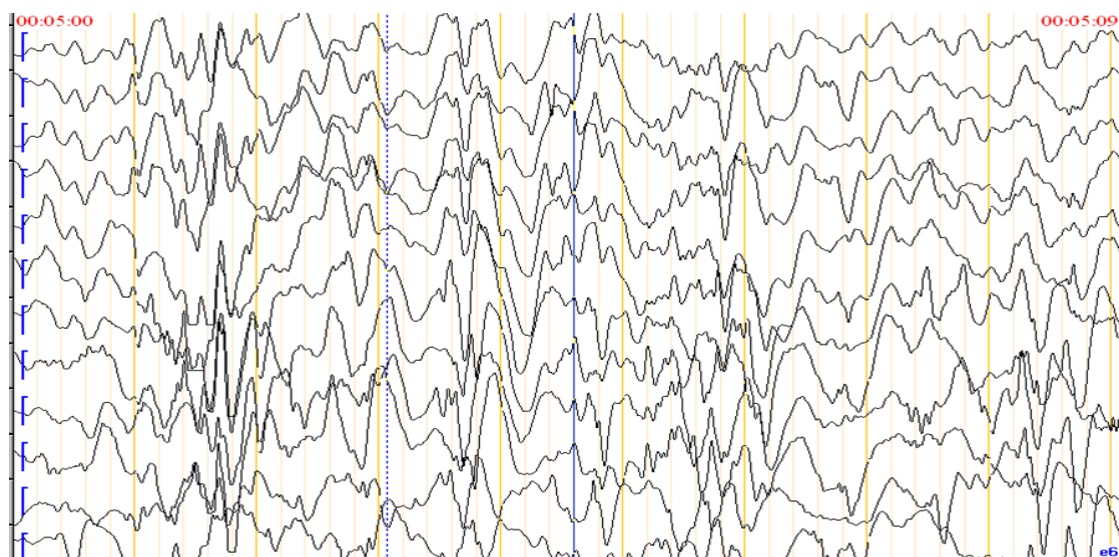
Фотореакция сохранена. Менингеальных знаков нет. Сила в конечностях удовлетворительная, тонус повышен. Сухожильные рефлексы D=S, живые, симметричные. Патологических стопных рефлексов нет. Задержка психомоторного развития (ребенок самостоятельно не садится, не переворачивается, не сидит, не ползает). При вертикализации опоры на нижние конечности слабая.

Данные лабораторных и инструментальных обследований: Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови без значимых отклонений от референсных значений.

Нейросонографии: Заключение: УЗИ признаки внутренней гидроцефалии. Кистозно - рубцовые изменения головного мозга (последствия ВЖК)

Пациенту было проведено ЭЭГ мониторинг 3 часового дневного сна.

Видео-ЭЭГ мониторинг проводился в состоянии активного и пассивного бодрствования, с проведением функциональных проб, по ходу сна и бодрствования.

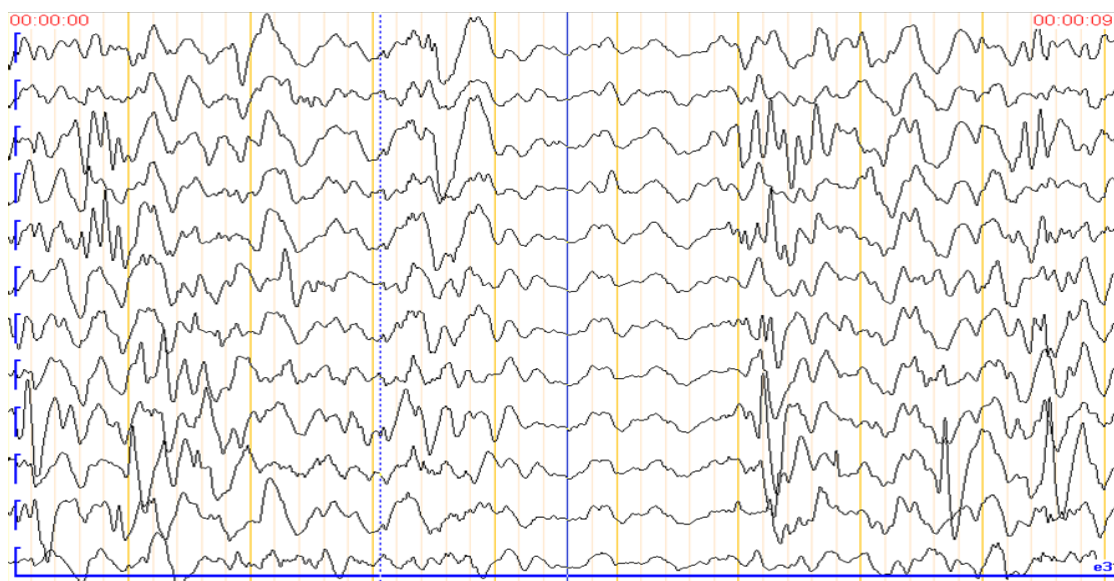


Заключение: Биоэлектрическая активность как в бодрствовании, так и во время сна представлена преимущественно медленноволновой с низкой степенью межполушарной синхронии дельта-тета активностью амплитудой 120-200 мкВ, в свой состав включающей большое количество эпилептиформной активности в виде - пиков и комплексов пик-медленная волна, полипик- медленная, чаще, мультифокального и диффузного характера.

На этом фоне отмечается выраженное преобладание эпилептиформной активности в центрально-теменно-височных отведениях. Продолжительность вспышек составляет от 1 до 3 секунд с преобладанием продолжительности в 1,5-2 секунды. Указанные вспышки биоэлектрической активности стойко чередуются с короткими эпизодами резкого снижения вольтажа до 20-40 мкВ. Продолжительность периодов депрессии составляет от 1,5-3 сек. Засыпание и переход ко сну распознается по длительному закрыванию глаз, усилению длительности периодов подавления с преобладанием их продолжительности в 3-8 сек., стадии сна практически не дифференцируются из-за наложения большого количества эпилептиформной активности. Индекс представленности эпилептиформной активности высокий.

Биоэлектрическая активность грубо нарушена, не соответствует возрасту и функциональному состоянию ребенка за счет регистрации во время бодрствования и сна паттерна модифицированной, по типу “вспышка-угнетение”, гипсаритмии.

ВЭЭГ в динамике - без изменений.



В отделении пациенту, согласно протоколу МЗ РК «Эпилепсия у детей и взрослых» (от 09.06.2016г.), проводилась сосудистая, противозлептическая, гормональная терапия. На фоне проводимого лечения состояние постепенно стабилизировалось - приступы стали реже, до 5 раз в сутки серией до 2-х минут, в виде кивков головой. Значимой динамики со стороны психомоторного развития не прослеживается. Ребенок направлен на дообследование и наблюдение в Национальный научный центр материнства и детства в специализированное отделение.

В представленном клиническом наблюдении описан впервые выявленный у пациента, с отягощенным перинатальным анамнезом и наследственностью, синдром Веста. Диагноз пациенту был поставлен на основании данных анамнеза, триадой синдромов, ЭЭГ данных. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении синдрома Веста, прогноз его остается весьма неблагоприятным. На сегодняшний день в РК существуют трудности ранней диагностики заболевания, отсутствуют протоколы по ведению данных больных, что создает проблемы в терапии синдрома Веста.

Литература

- 1.Rantala H., Putkonen T. Occurrence, outcome, and prognostic factors of infantile spasms and Lennox-Gastaut syndrome. *Epilepsia* 1999; 40: 286—289.
- 2.Куралбаев К.Б. Эпидемиология эпилепсии и организация лечения и реабилитации больных в Казахстане (по материалам Южно-Казахстанского края): дис. ... д.м.н.: 1999. – С.Петербург. - 25 с
- 3.О.В. Гапонова, Е.А. Николаева, 2012 *Ros Vestn Perinatol Pediat* 2012; 1:58–63
- 4.К.Ю Мухин., А.С Петрухин., М.Б Миронов «Эпилептические синдромы» стр 128-129; 2008год
- 5.« Эпилепсия и пароксизмальные состояния» Том 9 №2 , стр 75 2017г
- 6.Munakata M., Togashi N., Sakamoto O., Haginoya K., Kobayashi Y., Onuma A., Inuma K., Kure S. Reduction in glutamine/glutamate levels in the cerebral cortex after adrenocorticotrophic hormone therapy in patients with west syndrome. *Tohoku J Exp Med.*2014 ; 232(4): 277-83.
- 7.Feng S., Ma S., Jia C.,Su Y.,Yang S., Zhou K., Liu Y., Cheng J., Lu D., Fan L., Wang Y., Sonic hedgehog is a regulator of extracellular glutamate levels and epilepsy. *EMBO Rep.* 2016 May;17(5): 682-94.DOI: 10.15252/embr.201541569.
- 8.8.Frost JD Jr., Hrachovy R.A., Pathogenesis of infantile spasms: a model based on developmental desynchronization. *J Clin Neurophysiol.* 2005 Jan – Fed: 22(1): 25-36.
- 9.Li-Rong Shao., Carl E Stafstrom. Pediatric epileptic encephalopathies. Pathophysiology and animal models. 2016;5(4): 2-12.
- 10.Gul Mert G., Herguner M.O., Incecik F., Altunbasak B., Sahan D., Unal I. Risk factors affecting prognosis in infantile spasm. *Int J Neurosci.* 2017 Mar 29;1-7.

АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ПО СМЕРТНОСТИ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РК

Резидент-пульмонолог Никель В.Р.

Научный руководитель Ибраева Л.К.

Заведующий кафедрой внутренних болезней
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация. При ретроспективном анализе смертности по причине хронических болезней легких в Карагандинской области выявлено ее увеличение с 2008 г. по 2017 г. более чем в два раза, что требует медико-социальных мероприятий по её снижению. В структуре смертности от болезней органов дыхания хронические болезни легких занимают лидирующее место (49,1%), что отчасти объясняется демографическим старением населения и имеющимися факторами риска в регионе.

Введение: Хронические заболевания дыхательной системы является заболеваниями, медико-социальное значение которых трудно переоценить. В период с 1990 по 2010 год хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) перешла с четвертого на третье место по наиболее распространенным причинам смерти в мире [2]. В 2015 году от ХОБЛ в мире умерло 3,2 млн. человек, увеличившись на 11,6% по сравнению с 1990 годом. ХОБЛ и астма имеют неоднородное распределение по всему миру [3]. Казахстан относится к странам со средним уровнем смертности по причине хронических заболеваний легких.

Цель: Ретроспективный анализ медико-социальных потерь от смертности по причине хронических болезней легких в промышленном регионе Казахстана (Карагандинская область).

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный (за 2008-2017 гг.) анализ показателей смертности по причине болезней органов дыхания, полученных в Карагандинском филиале Департамента статистики, с описанием структуры и динамики в сравнении со среднереспубликанскими данными.

Результаты и обсуждения: Уровень смертности по причине хронических болезней нижних дыхательных путей в среднем

за 2008-2017 гг. Карагандинской области составил $40,2 \pm 7,5\%_{\text{ooo}}$, что не имело достоверной разницы со среднереспубликанским уровнем $32,6 \pm 1,1\%_{\text{ooo}}$. В динамике по области отмечался прирост смертности в 2,7 раза. Уровень смертности у сельского населения был достоверно выше ($67,9 \pm 15,1\%$), чем у городского населения ($33,0 \pm 6,0\%$). По результатам исследований в РК смертность от БОД за 2013-2015 гг. в сельской местности также на 10-15% выше, чем в городе [1]. В гендерном плане смертность у мужчин была в среднем в 2,4 раза больше, чем у женщин. За 2008-2017 гг. единичные случаи смертности по причине хронических болезней органов дыхания в Карагандинской области зарегистрированы с возрастной группы 15-19 лет. В 2017 г. минимальные доли смертности в общей её структуре (1,2-2,4%) отмечаются в возрастных группах от 30 до 49 лет, максимальные (6,3-12,8%) в возрастных группах 70 лет и старше. В структуре смертности от болезней органов дыхания хронические болезни легких занимают лидирующее место (49,1%), что отчасти объясняется демографическим старением населения, так как показатели смертности от хронических болезней органов дыхания имеют линейную зависимость от возраста и достигают максимума в возрасте 70 лет и старше. Потери лет от преждевременной смертности лет по причине хронических болезней легких за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составили $4,0\% \text{ YLLs}$. Доля прямых потерь по причине преждевременной смертности от хронических болезней легких трудоспособного населения от ВВП (валовой региональный продукт) по области составила за 2008-2017 гг. $0,21 \pm 0,06\%$, 0,17-0,24 (12935050 тыс. тенге).

Заключение и выводы: При ретроспективном анализе смертности по причине хронических болезней легких в Карагандинской области, промышленном регионе Казахстана, выявлено ее увеличение с 2008 г. по 2017 г. более чем в два раза, что требует медико-социальных мероприятий по её снижению.

Список литературы:

1. Беркинбаев С.Ф., Есетова Г.У., Рахымбаева Ж.Ж. Анализ смертности населения Республики Казахстан от болезней органов дыхания в 2013-2015 гг. // Вестник КазНМУ, 2017. - №4. - С. 468-471.

2. Burney PGJ, Patel J, Newson R. et al. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010 // European Respiratory Journal, 2015. - № 45 (Vol. 5). - P. 1239-1247.

3. Soriano JB, Abajobir AA, Abate KH. et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // Lancet Respiratory Medicine, 2017. - № 5 (Vol. 9)/ - P. 691-706.

АССОЦИАЦИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

А.Б.Кунтуганова, А.Е. Дербисов, А. Бейсенбекқызы.
резиденты эндокринологи
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация. Связь нарушений липидного обмена с выраженностью гипергликемии может служить отражением общих метаболических сдвигов, являющихся причиной увеличения кардиоваскулярных событий при сахарном диабете (СД) 2 типа. Коррекция углеводного обмена служит ранней профилактикой возникновения и прогресса атеросклероза со снижением кардиоваскулярного риска.

Ключевые слова.: СД 2 типа, гликемия натощак, Hb1Ac, холестерин, триглицериды.

Введение. При СД 2 типа системный атеросклероз имеет некоторые особенности такие как, более раннее развитие, быстрое прогресирование от дисфункции эндотелия до образования атеросклеротических бляшек. В основе патогенеза лежат типичные изменения липидного спектра с выраженной триглицеридемией. Наиболее значительное повышение той или иной составляющей спектра четко связано с особенностями колебаний суточной гипергликемии. Следовательно коррекция углеводного обмена с достижением целевых значений улучшит долгосрочный прогноз у пациентов с СД 2 типа.

Цель исследования. Оценить зависимость нарушений обмена липидов и углеводов и их взаимного отягощения при СД 2 типа.

Материалы и методы. С целью изучения ассоциативных связей нарушений углеводного обмена и показателей липидного спектра проанализированы их результаты у 68 больных СД 2 типа в возрасте 45-68 лет (средний возраст составил $57,1 \pm 8,9$ года). Из них треть составили мужчины - 32% и женщины более половины - 68%. Оценивали гликемию натощак, постпрандиальную гликемию, гликозилированный гемоглобин (Hb1Ac), традиционный липидный спектр. Интенсифицированная инсулинотерапия проводилась практически в половине случаев - 44%, в 20% - комбинированная терапия и 36% получали пероральные средства. Углеводный обмен контролировался гликемией натощак, ее постпрандиальным уровнем и Hb1Ac. Липидный обмен - традиционным спектром с триглицеридами и общим холестерином. Статистическая обработка с помощью пакета программ IBMSPSS, 22.0. Достоверность различий оценивали по критерию t Стьюдента. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ выполнен с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты и дискуссия. Проатерогенные изменения в липидном спектре с повышенным уровнем триглицеридов выявлены у 50%, общего холестерина у 85% пациентов с СД 2 типа. Доля пациентов без достижения целевых значений гликемий составила 70%. Учитывая патогенетические особенности синтеза липидов при СД 2 типа, значительную частоту выявления нецелевых значений липидного обмена у пациентов заставили нас проанализировать корреляционную зависимость общего холестерина от уровня компенсации СД - Hb1Ac, и зависимость повышения триглицеридов от уровня гликемии натощак.

Коэффициент корреляции между показателями гликемии натощак и уровнем триглицеридов составил $r=0,669$, что говорит о положительной прямой корреляционной связи этих показателей.

Аналогичная значимая корреляционная связь между уровнем Hb1Ac и уровнем триглицеридов ($r=2,73$) а так же между уровнем Hb1Ac и уровнем холестерина ($r=3,33$), свидетельствует о взаимном отягощении выявляемых нарушений метаболизма.

Заключение. Статистически значимая корреляция между отдельными показателями липидного и углеводного обменов, диктует необходимость достижения целевых значений не только Hb1Ac, но и уровня гликемии натощак.

Литература.

1. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society [Text] / E.R. Seaquist, J. Anderson, B. Childs [et al.] // Diabetes Care. –2013. –Vol. 36, No 5. –P. 1384-139

2. Piarulli F., Lapolla A., Sartore G. Autoantibodies Against Oxidized LDLs and Atherosclerosis in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2015; 28 (3): 653-7.

3. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people [Text] / P. Kannus, H. Sievänen, M. Palvanen [et al.] // Lancet. –2005. –Vol. 366, No 9500. –P. 1885-1893

4. Tsujimoto T., Kajio H., Takahashi Y, Kishimoto M., Noto H., Yamamoto-Honda R., Kamimura M., Morooka M., Kubota K., Shimbo T., Hiroe M., Noda M. Asymptomatic coronary heart disease in patients with type 2 diabetes with vascular complications: a cross-sectional study. BMJ Open. 2011 Jan 1;

5. А.Н.Сумин, Н.А.Безденежных, А.В.Безденежных Влияние сахарного диабета 2-го типа на распространенность мультифокального атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца // Кардиология. –2012. –No 11. –С. 33-41

6. Аметов, А.С. Современные подходы к лечению сахарного диабета 2-го типа и его осложнений. Проблемы эндокринологии. –2017. –Т. 58, No 3. –С. 61-64.

ТҰРАҚТЫ СТЕНОКАРДИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНА ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ӘСЕРІ

Мирзаева Б. Н - «Медицина» мамандығы бойынша
бірінші оқу жылының магистранты,
«Қарағанды медицина университеті» КЕАҚ
Ғылыми жетекшісі: м. ғ. к., профессор Мершенова Г.Ж.,
«Қарағанды медицина университеті» КЕАҚ

Аннотация: Аталған мақалада өмір сүру сапасына стенокардияның ауырлығы ғана емес, сонымен қатар науқастың эмоционалдық жағдайы, басқарылатын қауіп факторларының әсері бағаланды. Бұл емдік алдын алу іс-шараларын жүргізу кезінде ескерілу қажет.

Түйін сөздер: тұрақты стенокардия, өмір сүру сапасы, қауіп факторлар

Кіріспе: Халықаралық статистикалық деректер мәліметтері бойынша, қазіргі уақытта жүрек-қан тамырларының аурулары Еуропаның көптеген дамыған елдері халқының 40%–ға дейін, Қазақстанда 50%-дан астамын құрай отырып, өлім себептерінің ішінде алдыңғы орындарды алуда [2,3].

Қазіргі кезде жүректің ишемиялық аурулары ішінде жиі кездесетін тұрақты стенокардиямен науқастардың саны артуда [4,5,7]. Көптеген зерттеулермен анықталғандай, жүрек-қан тамыр аурулары әртүрлі қауіп факторларының нәтижесінде пайда болады, алайда негізгі қауіп факторларының кейбірі өзгеріске ұшырамайды, қалған қауіп факторларды әдеттер мен өмір салтын өзгерту жолымен бақылауға болады [1,6]. Осы орайда науқастардың өмір сүру сапасын арттыру мақсатында өмір сапасының көрсеткіштеріне әсер ететін негізгі қауіп факторларын анықтау өзектілігі пайда болады [8,9].

Мақсаты: тұрақты стенокардиясы бар науқастардың өмір сүру сапасының көрсеткіштеріне әртүрлі қауіп факторларының әсерін зерттеу

Материалдары мен әдістері: 45-тен 65 жасқа дейінгі (орташа жасы $58 \pm 0,5$) II-III

ФК тұрақты стенокардиямен ауыратын 130 науқас тексерілді, науқастарға жалпы клиникалық тексеру, ЭКГ, сауалнама жүргізілді.

Өмір сүру сапасын Сиэтл (Seattle Angina Questionnaire (SAQ))[10], SF-36 сауалнамалары бойынша бағаланды. Қауіп факторлардың өмір сапасына әсерін зерттеу үшін "SPSS Statistics 20" статистикалық пакетінің ANOVA/MANOVA көпфакторлы дисперсиялық талдауы қолданылды.

Нәтижелері мен талқылау: ЖИА тұрақты стенокардиямен науқастарында өмір сүру сапасын талдау кезінде Сиэтл сауалнамасының деректері бойынша барлық талданатын көрсеткіштер бойынша өмір сүру сапасының жалпы орташа төмендеуі анықталды, физикалық белсенділік шкаласы бойынша балл саны $54,7 \pm 1,2$ (min 20; max 100), шкала бойынша стенокардияның тұрақтылығы - $45,6 \pm 1,3$ (min 20; max 100), стенокардияның ауырлығы шкаласы бойынша - $56,3 \pm 1,3$ (min 16,7; max 93,3), емнің әсерін бағалау шкаласы бойынша - $63,1 \pm 0,7$ - (min 10,1; max 90,2), аурудың қабылдау шкаласы бойынша - $52,2 \pm 0,8$ (min 15,7; max 92,1), өмір сапасының қорытынды көрсеткіші $56,1 \pm 0,8$ (min 24,7; max 92,2) құрады. Осылайша, ең төмен көрсеткіш стенокардия тұрақтылығының шкаласы бойынша, ең жоғары көрсеткіш - жүргізілген емдеуді бағалау шкаласы бойынша анықталды. SF-36 сауалнамасы арқылы көп факторлы дисперсиялық талдау әдісімен өмір сүру сапасының қорытынды көрсеткішіне мынадай факторлар әсер еткендігі анықталды: тұрақты стенокардиясының функционалдық класы ($F=17,6$; $p=0,0000$), жеке мазасыздану деңгейі ($F=12,2$; $p=0,000003$), депрессиялық көріністердің дәрежесі ($F=12,3$; $p=0,00003$), реактивті үрейленудің деңгейі ($F=11,3$; $p=0,00006$), вегетативтік бұзылулардың айқындылығы ($F=8,7$; $p=0,0053$), ырғақ бұзылыстары ($F=6,7$; $p=0,016$), темекі шегу ($F=6,5$; $p=0,02$), емделушінің жасы ($F=5,4$; $p=0,012$). Қосымша қант диабетінің, артық дене салмағының, артериялық гипертензияның, созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің болуы өмір сапасының қорытынды көрсеткішіне статистикалық мәнді әсері анықталмады.

Қорытынды: өмір сүру сапасына стенокардияның ауырлығы (функционалдық класс) ғана емес, сонымен қатар пациенттің эмоционалдық жағдайы (депрессия және т.б), басқарылатын қауіп факторларының әсері бар екендігі анықталды.

Әдебиеттер тізімі:

- 1.Вартанян Э.В. Петрин А.Н. Курносова Т.Р. //Quality of life in patients with stable coronary artery disease: a place of ranolazine. // Украинский кардиологический журнал. -2015. -№ 3. -С. 79-83.Англ.
- 2.Берштейн, Л.Л.; Катамадзе, Н.О.; Лазнам, С.С.;Гришкин , Ю.Н.//Индивидуальное прогнозирование риска развития ишемической болезни сердца в рамках первичной профилактики. // Кардиология. – 2012. – №10. –С. 65-74.
- 3.Дедов Д.В., Мазаев В.П., Рязанова С.В., и др. // Исследование качества жизни при интервенционном и консервативном лечении больных стабильной стенокардией на отдаленных сроках наблюдения.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. –2014. – № 5. –С. 31-35.
- 4.Дорофеева Н.П., Иванченко Д.Н., Машталова О.Г., Куликова И.Е., и др.//Качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца// Клиническая практика. –2017. – № 1 (29). –С. 25-29.
- 5.Галеев А.А., Г.А. Мухаметшина и др. // Российский кардиологический журнал. 2000. - Т.5, №25. - С.47-48.
- 6.Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Деев А.Д. // Изучение влияния никорандила на качество жизни пациентов со стабильной стенокардией в рамках исследования "квазар".// Рациональная фармакотерапия в кардиологии. –2016. –№ 6. – С.654-660.
- 7.Поляков, Р.С.; Абугов, С.А.; Жбанов, И.В.; Саакян, Ю.М. //Коронарное стентирование у больных ишемической болезнью сердца с многососудистым поражением коронарного русла и низкими оценками по шкале Syntax Score// Кардиология. - 2013. - №10. - С. 4-9.
- 8.Cuende J.I., Cuende N., Calaveras-Lagartos J. // How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation//Heart J. –2010. –№31. -Стр. 2351–2358.
- 9.Zaremba E.H., Rybak O.S. // Quality of life in patients with stable angina pectoris in combination with type 2 diabetes, depending on the "balance of androgen"// Крымский терапевтический журнал. -2011. -№ 2 (17). -С. 84-89. Англ
- 10.<http://therapy.irkutsk.ru/doc/saq.pdf> Seattle Angina Questionnaire

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХОБЛ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Таласпаева А.Е., Андыбаева А. Е.

Научный руководитель:

д.м.н., профессор Ш.С. Койгельдинова

МУК, кафедра внутренних болезней №2, Караганда,

Казахстан

Аннотация. Статья посвящена разработке прогностической модели развития депрессии в зависимости от качества жизни при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, депрессия, качество жизни, прогноз.

Введение. Депрессия и сопровождающий её соматовегетативный симптомокомплекс - едва ли не самые частые психические нарушения, встречающиеся в общемедицинской практике [8]. Целостный подход к индивидууму, предполагающий множественность и взаимовлияние таких параметров как физический, психоэмоциональный, социальный статус, обусловил использование в медицине понятие качества жизни (КЖ) и обозначил наиболее важные аспекты его исследования [2].

Проблема исследования КЖ пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) и артериальной гипертензией (АГ) является крайне актуальной, так как эти заболевания представляют одно из частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней, имеют высокую распространенность и большое медико-социальное значение [6, 7].

Депрессия при ХОБЛ наблюдается у 12-50% больных, при артериальной гипертензии у 55-70% [1, 4].

Цель работы. Разработать прогностическую модель развития депрессии в зависимости от качества жизни у лиц при коморбидности ХОБЛ с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 пациентов, мужского пола, возраст 45-56 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной клинической больнице с 2015 по 2018 гг. с диагнозом ХОБЛ, категория С + АГ 3, риск 4. КЖ оценивалось с помощью опросника SF-36. Возможность развития депрессии определялось с помощью опросника PHQ-9.

Статистическая обработка проведена с использованием многофакторного логистического регрессионного анализа.

Получена функция зависимостей с коэффициентами регрессии для показателей КЖ, что позволило определить значимость силы влияния каждого показателя КЖ на риск развития депрессии при коморбидности ХОБЛ и АГ.

Результаты и обсуждение. Как видно из уравнения логистической регрессии, наиболее значимыми показателями, по которым можно прогнозировать развитие депрессии при коморбидности ХОБЛ, категория С и АГ 3 ст., риск 4, имеет показатель интенсивности боли (ВР) с коэффициентом, равным - 5,02290, психологическое здоровье (МН) -1,53497 и общее самочувствие (ГН) -1,21459.

Интенсивность боли (ВР) оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью. Психологическое здоровье (МН) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций. Под общим самочувствием (ГН) подразумевается оценка больным своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения и сопротивляемость болезни [3].

Уравнение: $\text{Logit}(p) = y = (102,0265) \text{ВО} + (-5,02290) \times$
интенсивность боли (BP) $+ (-1,53497) \times$ психологическое здоровье
(MH) $+ (-1,21459) \times$ общее самочувствие (GH) $+ (1,06717) \times$
эмоциональное функционирование (RE) $+ (-0,955036) \times$ социальное
функционирование (SF) $+ (-0,892254) \times$ значение физического
функционирования (PF) $+ (0,6379) \times$ жизнеспособность (VT) $+ (-$
 $0,594493) \times$ ролевое функционирование (RP).

Полученное уравнение описывает прогностическую модель адекватно, на что указывают Хи-квадрат = 28.71172, с 8 степенями свободы и ассоциированным значением $p = 0.0003577$.

Вывод. Полученная модель прогноза позволяет по показателям качества жизни определять риск развития депрессии при коморбидности ХОБЛ и АГ.

Список литературы

1. Довженко Т.В. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты) / Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова, В. К. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 5-13.
2. Межидов С.А. Качество жизни // Медицина. 2010. - №1. - С.40. 89.
3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине// СПб., 2002.
4. Овчаренко С.И. Тревога и депрессия при хронической обструктивной болезни легких / С.И. Овчаренко, Я.К. Галецкайте // Приложение Consilium medicum: Болезни органов дыхания. – 2012. – С. 23-26.
5. Смирнова Е.Н. Особенности коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии // Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, «Тверской государственной медицинской университет», Тверь, 2017.-С.13

6. Суховская О. А., Илькович М. М., Игнатъев В. А.

Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания//Пульмонология. -2003.-№ 1.-С. 96-100

7. Navarro V, Gasto C, Lomena F., Torres X., Mateos J.J.,

Portella M.J., Masana G., Marcos T. Prognostic value of frontal functional neuroimaging in late-onset severe major depression. Brit. J.

Psychiatry2004; 184:306–311.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЧАСТКА №15 ПОЛИКЛИНИКИ «MIRAS»

Интерны 6-079 группы, ОВП №2: Кипшаков О.С.

Муратбек А. Т

Сәлімбаева Н.Ж.

Байманова А.М., профессор, доктор медицинских наук
НАО Медицинский университет Караганда

Аннотация: Изучали эффективность динамического наблюдения больных участка №15 поликлиники «Miras» в рамках занятия в форме RBL

Ключевые слова: диспансеризация, ишемическая болезнь сердца (ИБС), эффективность.

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться во всем мире одной из важнейших проблем здравоохранения, несмотря на современные достижения медицинской науки, постоянно расширяющий арсенал средств и возможностей борьбы с данной патологией.[1]

Цель: изучить эффективность динамического наблюдения больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: результаты наблюдения 90 больных с ИБС в системе Kmis в рамках протокола диспансеризации, контрольная карта 0-30у форма, отчет врача ВОП за 2017г - 2018г. Критериями эффективности приняты: обращение к врачу, стационарное лечение, стационар на дому, дневной стационар, дни нетрудоспособности, случаи инвалидности.

Результаты и обсуждения: Среди наблюдаемых 90 больных, основными формами ИБС явились: стабильная стенокардия напряжения (СН) 71(78,8%), ХСН 16(17,7%), Аритмическая 2 (2,2%).

Изучение выполняемости наблюдения за больными, показало что из 71 СН 50,5% прошло двукратное обследование согласно протоколу. 75% больных ХСН и больные с аритмической формой ИБС прошли полную программу обследования.

В виде моно и комбинированной терапии 89% больных СН получали антиангинальное лечение бета –адреноблокаторами, 43% нитратами, 94% антагонистами кальция, антиагреганты принимали все больные, статины 72%, стабилизаторы мембран миоцитов 66%. 50% больных ИБС, ХСН принимали бета –адреноблокаторы, 62%.

ИАПФ, 75% - БРА, 12% гликозиды, все больные получали стабилизаторы мембран миоцитов и диуретики.

Изучение эффективности по отчетам врача 2018 года выявило учащение обращения к врачу по сравнению с 2017 годом на 13%, лечение в стационаре 9 случаев, в дневном стационаре 6 случаев, количество дней временной нетрудоспособности на 30% среди 60 лиц трудоспособного возраста. Увеличение данных показателей связано со своевременной диагностикой ухудшения состояния больных в виде 19 случаев нестабильной стенокардии и своевременного их лечения. Число инвалидов увеличилось на 1 случай. Санаторно-курортное лечение и лечебная физкультура не проводилась.

Заключение: Среди наблюдаемых, преобладали больные ИБС СН ФК I-IV. Кратность динамических наблюдений соблюдалась в половине случаев. Своевременно диагностировались ухудшение состояния и госпитализация больных.

Выводы: Критерии эффективности динамического наблюдения 2018г увеличились по сравнению с 2017г, связанная с повышением качества медицинского обслуживания.

Литература:

1.Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» 2017 №2(февраль);Основные факторы риска,влияющие на смертность от ишемической болезни сердца –Турдиев Ш.М

КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ В КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННЫЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЁННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.

Айдаров Е Шакеев К Тастанова Г
Научный руководитель – д.м.н., профессор Шакеев К.Т.
Кафедрой хирургических болезней № 1 Карагандинский
медицинский университет
Республика Казахстан

Введение. Интерес к внеклеточной ДНК возрос после того, как выяснилось, что количество ее может существенно возрастет при ряде заболеваний, что возможно учитывать как ранний признак соответствующих патологий. Это придало совершенно четкое практическое значение дальнейшему изучению циркулирующих нуклеиновых кислот, что связано с прогностической и диагностической значимостью этого показателя при лучевом облучении, онкологических, аутоиммунных заболеваниях, невралгических расстройствах [1,2].

Установлено, что уровень внеклеточных нуклеиновых кислот возрастает в крови при ряде патологических состояниях, в частности некоторых злокачественных опухолях,

также проводились исследования при патологии беременности, раке желудка [3]. Выявлено увеличение содержания внеклеточных нуклеиновых кислот при воздействии ионизирующей радиации, что предполагает их участие в факторах стресс-сигнализации.

С учетом выше изложенного, для ранней диагностики осложнения язвенной болезни целесообразно провести определение на молекулярно-клеточном уровне содержание циркулирующих внеклеточных нуклеиновых кислот.

Цель исследования: Целью нашего исследования явилось изучение содержания циркулирующих внеклеточных нуклеиновых кислот в крови людей при осложнённом кровотоке язвенной болезни.

Ключевые слова.: Внеклеточное ДНК. Злокачественные Опухоли. Язвенная Болезнь. ФГДС. Хроматин. Эндогенная Интоксикация.

Материалы и методы исследования: Мы исследовали кровь 45 человек из них 30 человек с осложненным кровотоком ЯБ, 15 человек условно здоровых, проживающих в г.Караганда. Забор крови проводился утром натощак. У всех пациентов диагноз был подтвержден методом фиброгастродуоденоскопией (ФГДС), находившихся на стационарном лечении в ОМЦ г. Караганда. Все обследованные - мужчины и женщины репродуктивного возраста (18-45 лет) с диагнозом «Язвенная болезнь, осложнённым кровотоком». Контрольную группу составили условно-здоровые лица, не болеющие язвенной болезнью. Внеклеточную ДНК определяли по методу Маркушевой Л.И. и соавт. (2000) Принцип количественного определения КРФ, РНК и ДНК совершился в экстракции нуклеиновых кислот после гидролиза, проводимого при различной температуре на водяной бане, с последующим центрифугированием 15 минут, при 3000 об/мин и спектрофотометрией КРФ, гидролизатов РНК и ДНК. [7].

Выводы. Многочисленные исследования показали наличие тесной связи между количественным содержанием отдельных фракций белков хроматина, их количественные колебания относительно ДНК могут служить отправными точками при оценке синтетического и пролиферативного уровня в клетках и тканях. Небольшие количества ДНК обнаруживаются и вне клеток, прежде всего в плазме крови, появляясь в кровотоке в результате гибели ядросодержащих клеточных

элементов, созревания эритроцитов и тромбоцитов, а также активной секреции нуклеиновых кислот во внеклеточное пространство [4,5]. Результаты исследования: Проведенные исследования предоставляет сделать вывод, что изменение концентрации внеклеточной ДНК в крови у лиц с кровотечениями при язвенной болезни возможно вызванный интоксикацией. По результатам исследования следует, что в крови больных с язвенной болезнью содержание КРФ усиливается в сравнении с таковыми показателями условно здоровых лиц в 1,9 раз. Содержание внеклеточной РНК в крови также увеличиваются по сравнению с контрольными значениями в 1,5 раза. Полученные нами данные демонстрируют тенденцию к увеличению содержания внеклеточной ДНК в крови больных с язвенной болезнью в стадии обострения в 1,7 раз.

Заключение: На основании результатов проведенного исследования мы пришли к следующему выводу: что изменение концентрации внеклеточной ДНК в крови у лиц с язвенной болезнью в стадии обострения, может быть обусловлено эндогенной интоксикацией, вызванной продуктами окислительного стресса.

Литературы:

1. Muravleva L.E., V.B.Molotov-Luchanskii and D.A.Klyuev, et al., 2010. Extracellular nucleic acids: origin and functions. Mini review. The modern problems a science and education, 2: 15-20.
2. Tuava N.O., Abramova Z.I. and D.M.Mustafina, 2008. Extracellular DNA in the bloodstream of a human II. Biological role of extracellular DNA. Science notes of Kazan State Medical University. Addition: Natural sciences150, 2: 59-70.
3. Белоногов Р.Н., Титова Н.М., Дыхно Ю.А. и др.// Сибирский онкологический журнал.- 2009.- №4 (34) – С.48-53.
4. Zhong X.Y., Hahn S., Kiefer V., Holzgrevel W. About the possible origin and mechanism of circulating DNA: Apoptosis and active DNA release //Annals of Hematology.-2007.-Volume 86, Number 2- P.139-143
5. Туаева Н.О., Софронов В.В., Емикеева В.А., Абрамова З.И., Винтер В.Г., Мустафина Д.М., Туточкина К.В. Взаимосвязь концентрации внеклеточной ДНК в плазме крови и содержания антител к нативной ДНК у новорожденных с пневмопатией // Казанский медицинский журнал. - 2006г., -Т.87.-№4.- С.254-257.

6. Малахова М.Я., Зубаткина О.В., Совершаева С.Л. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // Эфферентная терапия. – 2000.– Т.6. – №4. – С. № -14.
7. Markusheva L.I., M.I.Savinab and V.M.Reshina, 2000. Nuclear proteins of chromatin as an estimate of efficiency of making treatment people with psoriasis and others. Clinical laboratory diagnostics, 7: 18-20.
8. Tuaeva X.Y., V.V.Safronov and V.A.Emikeeva, et al., 2006. Interrelation of extracellular DNA's concentration in plasma and content of antibodies to native DNA at the newborns with neuropathy. Kazan medical magazine 87, 4: 254-257.
9. Muravleva L.E., V.B.Molotov-Luchanskii and D.A.Klyuev, et al., 2010. Extracellular nucleic acids: origin and functions. Mini review. The modern problems a science and education, 2: 15-20.
10. Lui Y.Y.N, Y.M.D Lo, 2002. Circulating DNA in plasma and serum: biology preanalytical issues and diagnostic applications. Clin Chem Lab Med; 40: 962 – 968.

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЯ ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАНДИДОЗЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Ж.К. Ибраева, магистрант 2 года обучения, специальность
«Медицина», НАО «Медицинский университет Караганды»

Ахметова С.Б., к.м.н., доцент кафедры клинической иммунологии,
аллергологии и микробиологии, НАО «Медицинский университет
Караганды»

Танкибаева Ж.Г. к.м.н., доцент кафедры стоматологии, НАО
«Медицинский университет Караганды»

М.Г. Тусбаев, магистрант 2 года обучения, специальность
«Медицина», НАО «Медицинский университет Караганды»

З.Е.Исина, магистрант 2 года обучения, специальность «Медицина»
НАО «Медицинский университет Караганды»

Бейсембаева Г.А. к.м.н., заведующая бактериологической
лаборатории «Областной клинической больницы» г. Караганда,
Казахстан

Аннотация. Данная работа посвящена качественной оценке активности биопленкообразования и изучению морфологических свойств грибов рода *Candida* в биопленке при хроническом кандидозе слизистой оболочки рта. Качественная оценка биопленкообразования основывалась на создании изолированной модели биопленки *in vitro* открытого типа и описания морфологических свойств в биопленочном матриксе.

Ключевые слова: *Candida*, биопленкообразование, хронический кандидоз, слизистая оболочка рта, резистентность.

Введение. Проблема кандидоза слизистой оболочки рта имеет важное эпидемиологическое значение в связи с высоким уровнем заболеваемости в популяции, видовой неоднородностью возбудителей, ростом числа хронических рецидивирующих форм и развитием лекарственной резистентности грибов рода *Candida* [1,4,5,7,9]. Внедрение в практику значительного числа новых препаратов и их широкому применению, в свою очередь, неизбежно привело к формированию биопленки [2,3,8,10].

Цель: Оценить качественную способность биопленкообразования грибов рода *Candida* на поверхности стекла.

Материалы и методы: Объектами исследования служили 70 штаммов грибов рода *Candida* выделенных от пациентов с хроническим кандидозом слизистой оболочки рта, на базе КГП .

«Областная клиническая больница». Видовая идентификация всех выделенных штаммов проводилась на основании изучения их биохимических, культуральных и морфологических свойств, в соответствии с определителем бактерий Берджи [6]. Все изоляты грибов также идентифицировали методом MALDI-TOF MS с помощью масс-спектрометра.

Для качественной (визуальной) оценки способности грибов рода *Candida* формировать биопленки на поверхности покровного стекла использовали стерильные стеклянные чашки Петри диаметром 100 мм. В каждую чашку помещали стерильное покровное стекло размером 24x24 мм, на поверхность которого осторожно наливали 1000 мкл суточной культуры, помещали в термостат при 28⁰С. Через сутки в чашку Петри добавляли среду Лоури до 2 мл и инкубировали при 28⁰С. После 24 часовой инкубации стекла извлекали и трижды промывали фосфатным буфером, затем окрашивали раствором генциан-виолета. Полученные препараты исследовали под микроскопом, цифровые изображения полей зрения получали с помощью цифровой камеры-окуляра UC-MOS 14000КРА+АМА037. Полученные данные обрабатывались с помощью пакета программы IBM SPSS Statistics версия 25.

Результаты и обсуждение. По результатам видовой идентификации выявлено 70 изолятов *Candida* spp., среди которых 65,7% штаммов составляли *C. albicans* и 34,3 % составляли *C. non - albicans* виды (*C. glabrata* – 12,9%, *C. tropicalis* – 10,0%, *C. inconspicua* – 7,1%, *C. krusei* - 4,3%). У всех исследованных штаммов на поверхности стекла преобладали микроколонии от 100 до 1000 мкм².

Выводы. При исследовании способности формировать биопленки на поверхности покровного стекла установлено, наиболее выраженной способностью к образованию биопленки на поверхности стекла, имеющие гидрофильные свойства, обладали штаммы *C. albicans*.

Заключение. Проведенное исследование позволило получить качественно новую информацию о способности клинических штаммов *Candida* формировать биопленки и является перспективным направлением для подавления и разрушения биопленок.

Заключение. Проведенное исследование позволило получить качественно новую информацию о способности клинических штаммов *Candida* формировать биопленки и является перспективным направлением для подавления и разрушения биопленок.

Список используемой литературы:

- 1.Климко Н.Н., Козлова Я.И., Хостелиди С.Н. и др. Распространенность тяжелых и хронических микотических заболеваний в Российской Федерации по модели LIFE PROGRAM// Проблемы медицинской микологии. – 2014. – Т. 16, №1. – С. 3-8.
- 2.Чеботарь И.В., Маянский А.Н., Кончакова Е.Д., Лазарева А.В., Чистякова В.П. Антибиотикорезистентность биопленочных бактерий// Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. -2012.-Т.14.-№1.-С.51–58.
- 3.Чеботарь И.В. Механизмы антибиопленочного иммунитета// Вестник РАМН.- 2012.-Т.12.-С.22–29.
- 4.Ярец Ю.И. , Шевченко Н.И. Формирование биопленки IN VITRO штаммами грибов рода CANDIDA// Успехи медицинской микологии.-2014.- С.74-76.
- 5.Lalla R. V., Patton L. L., Dongari-Bagtzoglou A. Oral candidiasis: pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment strategies//J. Calif. Dent. Assoc. – 2013. – Vol. 41. – P. 263-268.
- 6.Neppelenbroek K.H., Sey R.S., Urban V.M. et al. Identification of *Candida* species in the clinical laboratory: a review of conventional, commercial, and molecular techniques // Oral Dis. – 2014. – Vol. 20. – P. 329–344.
- 7.Nobile, C.J.; Johnson, A.D. *Candida albicans* Biofilms and Human Disease//Annu. Rev. Microbiol. -2015.- Vol. 69.-P.71–92.

8. Taff, H.T.; Mitchell, K.F.; Edward, J.A.; Andes, D.R. Mechanisms of *Candida* biofilm drug resistance//Future Microbiol. -2013.- Vol. 8.-P. 1325–1337.
9. Tournu H, Van Dijck P. *Candida* biofilms and the host: models and new concepts for eradication// Int J. Microbiol. -2012.- Vol. 84.-P. 52
10. Fox, E.P.; Singh-babak, S.D.; Hartooni, N.; Nobile, C.J. Biofilms and Antifungal Resistance// In Antifungals Caister Academic Press.- 2015.-P. 71–90.

РАЗВИТИЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Майорова М.В.

Научный руководитель – профессор, д.мед.н., Бабаджан В.Д.
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2, клинической иммунологии и
аллергологии им. академика Л.Т. Малой.

Аннотация: В ходе работы определена диастолическая миокардиальная дисфункция левого желудочка у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа по эхокардиографическому показателю E/A.

Ключевые слова: миокардиальная дисфункция, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, E/A.

Введение. Сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) 2 типа приводит к ухудшению течения кардиоваскулярной патологии [1]. Общность некоторых патогенетических звеньев является причиной осложненного течения и ухудшения прогноза ИБС в сочетании с СД 2[2].

Цель исследования: изучить и охарактеризовать ухудшение диастолической миокардиальной дисфункции левого желудочка у пациентов с ИБС и СД 2 типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 57 пациентов возрастом 65.6 ± 2.26 лет, с ИБС. У 34 из них был диагностирован сопутствующий СД 2 типа, а у 23 изолированное течение ИБС. В контрольную группу вошли 16 практически здоровых людей в возрасте 64.7 ± 3.11 лет. Всем участникам исследования проведено объективное обследование в соответствии со стандартными протоколами обследования, эхокардиографическое исследование сердца, определение холестерина общего и по фракциям, а также гликозилированного гемоглобина и глюкозы сыворотки венозной крови.

Результаты: При исследовании показателя E/A, полученного в результате эхокардиографического исследования сердца, определено, что у пациентов с сочетанным течением ИБС и СД 2 типа этот показатель достоверно выше, чем у пациентов с изолированным течением ИБС (1.22 ± 0.18 и 1.08 ± 0.11 соответственно) ($p < 0.05$). Соответственно, митральный потока ранней диастолической фазы в первой группе преобладает над систолической фазой больше, чем у пациентов второй группы, что говорит о более значительной миокардиальной диастолической дисфункции. Также продемонстрирована более выраженная гиперлипидемия у пациентов с сочетанным течением ИБС и СД 2 типа (7.93 ± 0.55 ммоль/л), чем у пациентов с изолированным течением ИБС (6.31 ± 0.43 ммоль/л) ($p < 0.05$). Это может говорить о достоверной корреляции гиперхолестеринемии и миокардиальной диастолической дисфункции.

Выводы: Диастолическая дисфункция у пациентов с ИБС с сопутствующим СД 2 типа более выражена, чем без него. Также при более высокой гиперлипидемии выявлено более выраженное проявление диастолической дисфункции.

Literature: 1. Andersen J.L. Diabetic macroangiopathy and atherosclerosis / Andersen J.L., Fasmussen L.M., Ledet T. // Diabetes. 1996. № 45. Suppl. 3 - P. 91-94.

2. Grossman, W. Defining diastolic dysfunction / W. Grossman // Circulation. -2000.-Vol. 101.- P. 2020-2021.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСОГЛОТКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бисенова Н.К., Жижила С.А., Рахимжанова А.Ж.

Арыкпаева У.Т., научный руководитель,

д.м.н. профессор кафедры гигиены

НАО «Медицинский университет Астана» г.Астана, Казахстан

Аннотация: Эффективность проводимой терапии во многом зависит от знания основных патогенов актуальных для сегодняшнего дня, это требует ежегодного проведения скрининга основных возбудителей на основе комплекса серологических и микробиологических методов [4,5].

Введение: Инфекционно-воспалительные заболевания носоглотки являются одной из важнейших проблем мира и обуславливают огромную часть неблагоприятных результатов лечения детей с легочной патологией, при этом происходит проникновение возбудителей в другие органы и системы [6,8]. Возбудители представлены широким разнообразием видов и родов грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, зачастую обладающих резистентностью к антибиотикам [2,3].

Ключевые слова: антибиотики, множественная лекарственная устойчивость, ВОЗ, детерминанта устойчивости, пневмония, стафилококковые и стрептококковые инфекции.

Цель исследования: Улучшить скрининг антибиотикорезистентности основных возбудителей инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей детей дошкольного возраста.

Задачи исследования: Изучить штаммы возбудителей инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей к антибиотикам резерва на амбулаторном этапе лечения детей дошкольного возраста

Материалы и методы исследования: Исследованиями были охвачены 380 детей дошкольного возраста (с момента рождения до 7 лет) в период 2013 - 2018 гг., у которых проводилось бактериологическое

исследование мазков микрофлоры слизистых носа и зева. Первичный посев проводился взятием мазка с задней стенки глотки и миндалин на специальные среды для выделения бактерий (Чистовича, Эндо, солевой, желчный и сахарный бульоны, ацетатная среда). Были определены чувствительность штаммов: 128 стафилококков, 313 стрептококков, к антибактериальным препаратам- пенициллину (Pn), оксациллину (Ox), тетрациклину (Tc), рифампицину (Rf), ампициллину (Amp), ванкомицину (Van) и другие.

Результаты и обсуждения: Всего было выделено и изучено 436 анализа бактериологического исследования (мужского пола – 224, женского пола – 156). Установлено, что 95,5 % штаммов были устойчивы хотя бы к одному из изученных антибиотиков, к пенициллину (44,5 %) , эритромицину (43,8%), ампициллину (38,7%). Особо необходимо отметить, что 3% изученных микроорганизмов имели устойчивость к Piperacillin.

Выводы: Учитывая, что в динамике происходит увеличение числа полирезистентных штаммов, в частности ассоциации микроорганизмов, таких как *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* [1]. Обладают высокой степенью устойчивости к антимикробным препаратам [9].

Заключение: При использовании антибиотиков для лечения бактерии приспосабливаются к ним [10]. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний, более половины антибиотиков, назначаемые пациентам сегодня, убивают нормальную микробиоту, но не действуют на возбудителя. Этиотропная терапия включающая антибиотики должна проводится с учетом антибиотикограмм, для предупреждения развития устойчивости и эффективного лечения [7].

Список литературы:

1. Анализ экологических показателей микрофлоры носоглотки и их влияние на носительство инвазивных форм *streptococcus pneumoniae* // Журнал «Медицина и экология» -2017г., Стр. 78-87.
2. Билалов Ф.С., Габидуллин З.Г., Туйгунов М.М., Мамбетова Э.Ф., Ахтариева А.А. Антибиотикорезистентность клинических штаммов *e.coli*, выделенных при инфекционных осложнениях у онкологических больных // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 1. – С. 23-23;

3. Горленко Ж.М., Каляева Э.С., Басс И.А., Петрова М.А., Миндлин С.З. 2004. Распространение в природных популяциях бактерий транспозонов Tn5044 и Tn5070, несущих неканонические тег-опероны. Генетика 40: 1717-1721.
4. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Короид Н.В., Коровина Н.А., Леписева И.В. Внебольничные бактериальные инфекции органов дыхания у детей: принципы рациональной антимикробной терапии // Человек и лекарство // Казахстан, -2015.- 4(50).-С.16-21
5. Комплексная оценка состояния кишечного и носоглоточного микробиоценозов у воспитанников дома ребенка. // Журнал клиническая лабораторная диагностика. -2016, -61(8), Стр. 508-512.
6. Мотовилова Т.М., Гречканев Г.О., Качалина Т.С. Сравнительная характеристика микрофлоры полости матки и небных миндалин у пациенток с персистирующим эндометритом // Медицинский альманах. -2015. - № 4. - С. 105-107.
7. Намазова-Баранова Л.С., Котлярова М.С., Ровенская Ю.В., и др. Сравнение эффективности и безопасности фито- и антибиотикотерапии при лечении острого бронхита у детей: результаты многоцентрового двойного слепого рандомизированного клинического исследования // Педиатрическая фармакология. — 2014. — Т.11. — №5 — С. 22-29.
8. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотикорезистентность в современном мире. // Педиатрическая фармакология- 2017 -14(5)-С. 341-354.
9. Smith SM, Fahey T, Smucny J, et al. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev.- 2017;-6:CD000245. doi: 10.1002/14651858.CD000245.pub4.
10. McKinnell J, Classi P, Blumberg P et al. Clinical predictors of antibiotic failure in adult outpatients with community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. -2017;P195 -A2644.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ, НОСОГЛОТКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА

Рахимжанова А.Ж., Жижила С.А., Бисенова Н.К.

Арыкпаева У.Т., научный руководитель, д.м.н.,

профессор кафедры гигиены

НАО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Казахстан

Аннотация; Ведущее место в структуре заболеваемости детского населения занимают болезни органов дыхания - 68-82% [1]. Характер изменений микробного пейзажа верхнего отдела дыхательных путей у детей с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания определяет степень выраженности респираторного дисбиоза [2,3].

Ключевые слова: резидентная, транзиторная микрофлора или микробиота, эубиоз, дисмикробиоз, верхние дыхательные пути, микроэкология, биотопы.

Введение: Эпидемиологической особенностью естественной микрофлоры биотопов организма представлена резидентной и транзиторной. Постоянная это специфичные микроорганизмы биотопа, случайная состоит из штаммов, занесенных из вне [4,6].

Цель исследования: Улучшить этапы определения антибиотикоустойчивости на основе изучения микробного пейзажа носоглотки детей дошкольного возраста на амбулаторном этапе лечения.

Задачи исследования:

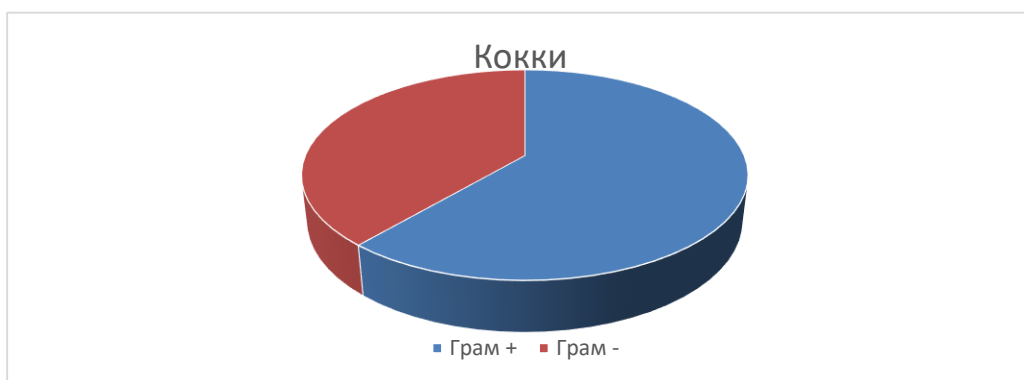
1. Выявить наиболее часто встречаемые патогенные штаммы, возбудителей инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей.
2. Определить степень дисбиоза носоглотки.

Материалы и методы исследования: Исследованиями были охвачены 380 детей дошкольного возраста (с момента рождения до 7 лет) в период 2013 - 2018 гг., у которых проводилось бактериологическое исследование мазков микрофлоры слизистых носа и зева Первичный посев проводился взятием мазка с задней стенки глотки и миндалин на специальные среды для выделения

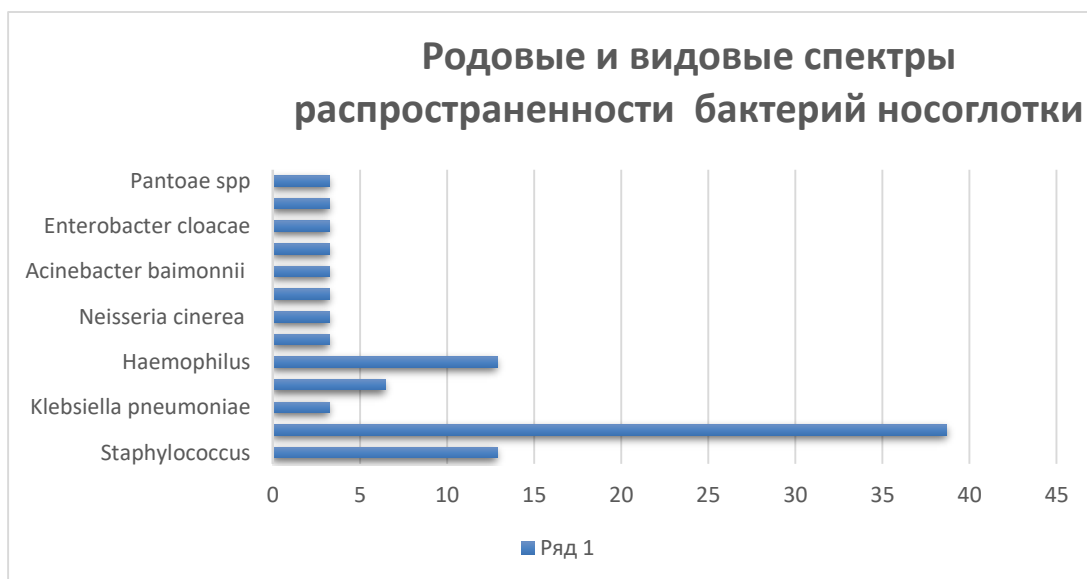
бактерий (Чистовича, Эндо, солевой, желчный и сахарный бульоны, ацетатная среда.

Результаты и обсуждение: Всего было исследовано 436 анализа бактериологическим методом, среди которых мальчики – 224, девочки – 156.

Из идентифицированных бактерий грам(+) –19 и грам(-) – 12 КОККОВ



При этом идентифицированы: *Staphylococcus* (12,9%), *Streptococcus* (38,7%), *Klebsiella pneumoniae* с (3,22%), род *Enterococcus* spp (6,45%), *Haemophilus* spp (12,9%), *Moraxella catarrhalis* (3,22%), *Neisseria cinerea* (3,22%), *Pseudomonas aeruginos* (3,22%), *Acinebacter baimonii* (3,22%), *Corynebacterium* spp (3,22%), *Enterobacter cloacae* (3,22%), *Kocuria rosea* (3,22%), *Pantoae* spp (3,22%). Нами установлено первая степень респираторного дисбиоза у 63,6% детей, вторая степень дисбиоза у 36,4% обследованных детей.



Выводы: Эпидемиологической особенностью микробного пейзажа носоглотки детей дошкольного возраста на амбулаторном этапе лечения является: наиболее часто встречаемые патогены рода *Staphylococcus* из них *Staph. aureus*, из рода *Streptococcus* доминируют *Strept. pneumoniae*, из рода *Enterococcus* идентифицированы *-Enterococcus durans* и *Moraxella catarrhalis*. Особо необходимо отметить ассоциации микроорганизмов *Kocuria rosea*, *Pantoea* spp [5,7].

Заключение: Микрофлора слизистой оболочки верхних дыхательных путей играет важнейшую роль в нормальном функционировании всего организма ребенка и первостепенную в развитии инфекционных заболеваний [8,9,10].

Список литературы:

- 1.Бабич Е.М. Микробные ценозы носоглотки // Е.М.Бабич, И.В.Елисеева, В.И. Белозерский и др. // Журн. микробиол., эпидемиол, и иммунобиол., 1999.-№3.-С.63-69.
- 2.Белобородова Н.В. Особенности микрофлоры зева у детей в отделении интенсивной терапии // Белобородова Н.В., Вострикова, Т.Ю. // Антибиотики и химиотерапия, - 1998.- №8.- С. 16-22
- 3.Беляева Е.В., Ермолина Г.Б., Борискина Е.В., Дегтева Г.К. Микробный пейзаж верхних дыхательных путей и персистенция бактерий при острых, хронических и аллергических заболеваниях // НМЖ.- 2006.- №6.-С. 29-34.
- 4.Извин, А.И., Л.В. Катаева. Микробный пейзаж слизистой оболочки верхних дыхательных путей в норме и патологии// Вестник оториноларинголог. – 2009.– №2. – С.64–68.
- 5.Митрохин С.Д. Метаболиты нормальной микрофлоры человека в экспресс-диагностике и контроле лечения дисбиоза.// автореферат дис. доктора медицинских наук : 03.00.07.- Москва, -1998.- стр 37.
- 6.Петровская В.Г., О.П. Марко Микрофлора человека в норме и при патологии //, М.: Медицина, 1976-248с.
- 7.Русецкий, Ю.Ю., Седых, И.О. Сравнительное бактериологическое исследование микрофлоры поверхности и биоптатов миндалин у детей с патологией лимфаденоидного глоточного кольца. // Педиатрия.-2012. - Т. 91. - №2. - С.52-56.

8.Самикова. В.Н. Микробиологическая характеристика возбудителей внутрибольничных инфекций и разработка метода диагностики госпитальных штаммов// автореф.дис.канд. биол. наук. -Оренбург-2009г- 22с.

9.Снегирева Н.Ю. Нарушение микробиоценоза и функциональные изменения органов дыхания у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями и подходы к коррекции //диссертация кандидата медицинских наук-2009г-С 75-86.

10.Хуснутдинова Л.М. Микрофлора слизистой оболочки миндалин человека в норме и при патологии // Журн. микробиол., эпидемиол, и иммунобиол.,- 2006.- N1.- С. 60-63.

CASE OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUCEMIA DETECTION

B.B. Orazaliyev, intern-pediatrician.

S.B.Dyusenova, Doctor of Medical Sciences, professor.

Karaganda Medical University. Department “Children disease №2”

Annotation: The clinical picture of leukemia is determined by the degree of dysfunction of the bone marrow in the form of anemia, hemorrhagic syndrome and the development of infections of varying severity; the presence of tumor mass in the form of organomegaly, a large number of tumor cells in peripheral blood, lymphadenopathy and masses in the mediastinum.

Keywords: Leukemia, lymphadenopathy, myelogram, the total blast cell transformation, myeloperoxidase, lymphoblasts.

Introduction: Acute lymphoblastic leukemia represents a biologically and clinically heterogeneous group of B/T-precursor-stage lymphoid cell malignancies arising from genetic insults that block lymphoid differentiation and drive aberrant cell proliferation and survival. Survival rates for children are approximately 80–85 % with current risk-oriented treatment protocols in contrast to less than 40 % for adults.

The aim: to study the diagnostic algorithm of action, if the child has a suspicion of leukemia.

Materials and methods: For diagnosis we used physical examination of the child, blood tests, bone marrow biopsy.

Results and Discussion: The patient was a 3 year old boy. When admitted to the hospital, he had complaints of lethargy, weakness, decreased appetite, pale skin. In the history of the disease revealed that 1 month ago before admission to the hospital the child had hyperthermia, cough unproductive. Family doctor prescribed outpatient treatment: Cefazolini/m-5 days, Ambrobene in syrup. After receiving antibacterial therapy, the body temperature returned to normal, the child began to cough less. Then 8 days ago before admission to the hospital again revealed an increase in t to 38.5 C. They used paracetamol in suspension. In the last 5 days his mother said that the child's condition worsened, he became sluggish, refused to eat. blood test showed a decrease in Hb to 35 g / l, platelet reduction to $11 \cdot 10^9/L$., leucocytes to $24 \cdot 10^9$, high rate of sedimentation of red blood cells 75 mm / h, lymphocytosis to 81.7%. They were urgently sent to the regional children's hospital in the Hematology Department.

Physical examination revealed that the General condition of the child is severe due to anemic and intoxication syndromes. The skin and visible mucous membranes were pronounced pale with an icteric tint, rashes were not detected. Peripheral lymph nodes: submandibular nodes were enlarged, anterior and posterior cervical nodes increased to 0.5*0.6 cm, the consistency is soft, painless, not soldered to the surrounding tissue, subclavian, axillary, inguinal lymph nodes are not increased. Heart tones are clear, heart rhythm is correct. There were detected Tachycardia and systolic murmur at the apex of the heart. The liver is enlarged at the navel level, up to 5 cm from under the edge of the rib arch. The splenomegaly +1 cm. The child was prescribed a transfusion of leukofiltered red blood cell suspension of one group in an amount of 150 ml (10 ml / kg). Taking into account the severity of the child's condition due to severe anemic and intoxication syndromes, the analysis included severe anemia, deep thrombocytopenia, accelerated ESR and lymphocytosis after an explanatory conversation with the mother for diagnostic purposes was performed bone marrow puncture.

In myelogram: bone marrow multicellular, monomorphic. It is noted the total blast cell transformation. Morphological structure refers to L2 - L3 form of lymphoblasts. Reaction to myeloperoxidase-negative

Findings: We was diagnosed with acute lymphoblastic leukemia on the basis of complaints, anamnesis, anemic and intoxication syndrome, the results of the blood test and myelogram. We sent this child to the National research center of mother and child health for further complex treatment.

Conclusion: The diagnosis is verified by cytological and cytochemical examination of bone marrow and peripheral blood smears, multiparameter flow cytometry of bone marrow cells and cytogenetic and molecular genetic analysis of tumor lymphoblasts.

References:

1. Conter V, Aricò M, Basso G, Biondi A, Barisone E, Messina C, et al. Long-term results of the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology (AIEOP) studies 82, 87, 88, 91 and 95 for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Leukemia*. 2010;24:255–64.
2. Pui C-H, Robison LL, Look AT. Acute lymphoblastic leukaemia. *Lancet*. 2008;371:1030–43.
3. Moorman AV. The clinical relevance of chromosomal and genomic abnormalities in B-cell precursor acute lymphoblastic leukaemia. *Blood Rev*. 2012;26:123–35.

POSSIBLE LINK OF HYPERURICEMIA WITH HYPERTENSION IN CHILDREN

Kabdullina K.K., Idrikova L.M.
interns of Pediatric direction of KMU
Tukbekova B.T. professor,
M.D. head of Childhood diseases of KMU, Karaganda

Keywords: hyperuricemia, hypertention, children, adolescent, blood pressure. **Annotation:** This report consider importance of uric acid indication in blood stream in children or adolescent as a reason to develop hypertension in future. And possible link between hyperurecemia in children with adult hypertension.

Introduction: Arterial hypertension (hypertension) - is a long-term medical condition in which the blood pressure in the arteries is persistently elevated. High blood pressure represents a major public health problem. Worldwide, approximately one-fourth of the adult population has hypertension.

Uric acid is the natural end product produced by the breakdown of the body's tissues and a person's food, most notably protein. Uric acid is usually removed from the blood by the kidneys and eliminated from the body in the urine. However, if too much uric acid is produced or the kidneys are not able to remove it from the blood as usual, uric acid levels in the blood increase (termed hyperuricemia). A link between hyperuricemia and high blood pressure (a major health matter worldwide) has been recognized since the 19th century. Today, there is more evidence that this is an important association. Epidemiological and experimental studies suggest a link between hyperuricemia and hypertension. Hyperuricemia affects 25% to 40% of individuals with untreated hypertension; a much lower prevalence has been reported in normotensives or in the general population. However, whether lowering serum uric acid (UA) might lower blood pressure (BP) is an unanswered question. [1]

Aim: to determine a possible link between hyperuricemia and hypertension in children; and use hyperuricemia as indicator to predict hypertention in children.

Materials and methods: We searched two major electronic databases — Cochrane Library (last 5 years) and Pubmed (last 10 years) resources— using the following heading terms and keywords: [uric acid OR hyperuricemia OR hypertention].

According to Cochrane library resource there is an identified three completed Randomized Control Trials (RCTs) including 211 participants and three ongoing trials. Two of the trials were parallel-group trials and one study was a crossover trial which aimed to assess whether UA-lowering agents reduce BP in patients with primary hypertension or prehypertension compared with placebo. In resources from Pubmed about normotensive participants with and without hyperuricemia at baseline were prospectively enrolled. Flow-mediated dilation (FMD) was assessed at baseline, and after 1 year's follow-up the incidence of hypertension. The predictive value of baseline FMD for incident hypertension among hyperuricemia patients was evaluated. [2]

Results and discussions: The RCTs data currently available are insufficient to demonstrate whether UA lowering therapy is effective in lowering BP. UA-lowering therapy might be more effective at reducing BP in the specific population of adolescents with prehypertension or mild newly diagnosed hypertension. Withdrawals due to adverse effects were not higher with UA-lowering therapy than with placebo.

By second review, current study indicates that patients with hyperuricemia have a higher risk of developing hypertension compared to those with a normal serum UA level. Low baseline FMD in patients with hyperuricemia is associated with significantly increased risk of incident hypertension. There is a hypothesis that childhood serum uric acid levels are correlated with adult BP levels based on strong epidemiologic data that showed serum uric acid correlated with hypertension in adults.

Epidemiological studies show a continuous relationship of serum uric acid with BP that is stronger for younger subjects than older subjects. Thus, it appears that maintaining a lower uric acid would be more effective at prevention rather than lowering uric acid in the treatment of hypertension because once intrarenal vascular disease develops, hypertension is then driven by renal disease. [3]

Conclusion: In a process of studying this topic we found that there is a possible mechanism of connection of increasing uric acid in children which cause of increased adult BP.

Moreover, uric acid and change in uric acid are significant independent predictors of adult BP. Lack of trials on possible connection between hyperuricemia and hypertension shows us that it needs more researches. Besides this, we assume that there is an opportunity to predict potential adult BP in childhood by revealing uric acid in blood stream.

Reference

1. Gois PHF, Souza ERDM., Pharmacotherapy for hyperuricemia in hypertensive patients.
2. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD008652.
3. Chunli Han, Zhanchao Xian, Yang Zou, Zhiyong Liao, Rongfeng Yang, Chunxia Zou, Xiaoqing Wang, and Yan Sun, Flow-mediated dilation can be used to predict incident hypertension in patients with hyperuricemia, 2019 Mar; 15(2): 343–349.
4. Arnold B. Alper Jr , Wei Chen , Lillian Yau , Sathanur R. Srinivasan, Gerald S. Berenson , and L. Lee Hamm, Childhood Uric Acid Predicts Adult Blood, Hypertension. 2004;45:34–38

THE CHOICE OF THE TREATMENT METHOD OF PATIENTS WITH THE MAXILLARY SINUS PERFORATION

Ph.D. F.T. Temurov

Head of the Department of Surgical Dentistry and Pediatric Dentistry,
Faculty of Dentistry, International Kazakh-Turkish University named
after Khoja Akhmed Yassawi. Republic of Kazakhstan, Turkestan region,
Turkestan.

A.A. Baimbetov

Student of the 4th course, Faculty of Dentistry, International Kazakh-
Turkish University named after Khoja Akhmed Yassawi.

Summary: Cases of maxillary sinus perforation, especially during the extracting 16, 26 teeth in recent years, have become more frequent. result of: extraction of 14, 15, 16, 17 and 24, 25, 26, 27 teeth, displacement of an impacted tooth or root tip into ^[1]the maxillary sinus during a removal attempt.

Key words: perforation of the maxillary sinus, oroantral communication, the cause of perforation, the anatomical location of the roots, radix stump.

The relevance of research: Perforation of the bottom of the maxillary sinus, a common complication in surgical practice that occurs directly during the operation of removing the teeth of the upper jaw, especially during the removal of 16, 26 teeth.

Removal of these teeth is a very laborious process, since anatomically, the roots of 14, 15, 16, 17 and 24, 25, 26, 27 teeth are located close to the maxillary sinus. In some cases, the thickness of the bone layer between the tooth roots and the bottom of the maxillary sinus can reach up to 1 cm, and in some people the bone border between these formations is very thin - no more than 1 mm.

Sometimes the roots of 14, 15, 16, 17 and 24, 25, 26, 27 teeth are located in the cavity of the sinus itself, separated from it only by a layer of the mucosa. Therefore, the removal of these teeth and their roots was, and remains, an urgent problem of surgical dentistry and maxillofacial surgery.

Communication of the oral cavity with the maxillary sinus requires the doctor to take urgent measures to close the defect, since the oroantral fistula is the entrance gate of infection in the future.

With traditional methods of treatment, the bone tissue defect is not restored, only the mucosa membrane is sutured, which leads to a sharp disruption of the shape of the alveolar process, and in 9-50% of cases to the divergence of the wound edges and the formation of persistent fistula [4,5].

In the literature, which describes a large number of methods of plastic closure of perforations, there are no indications of the most convenient and acceptable methods for use in the broad practical work of an outpatient physician.

Goal: Improve the effectiveness of complex treatment of patients with the maxillary sinus perforation using fast-hardening plastics, Protocril and Redont.

Objectives: Create optimal conditions for closing the perforation of the maxillary sinus;

Make a stump to close the perforation hole of the maxillary sinus from quick-hardening plastics, Protocril and Redont;

Develop methods for installing a stump for closing the perforation of the maxillary sinus from quick-hardening plastics, Protocril and Redont;

Develop recommendations in the choice of treatment tactics for patients with maxillary sinus perforation on an outpatient basis;

Methods and Materials: From 2013 to 2017, 15 patients came to the Temur-F clinic with a clinical diagnosis: “Perforation of the maxillary sinus”. Perforation due to the removal of the roots of 16, 26 teeth.

Age	20-40	40-50	50 and more
Patients	7	5	3
Male		Female	
9		6	
First molares	Second molares		Premolares
8	4		3
Location of the sinus perforation			
8, left side		7, right side	

Patient N., 17 years old, came to the Temur-F clinic with complaints about discharge from the nasal cavity during eating, headaches, discomfort in the oral cavity, pain in the area of the extracted tooth.

When examining the hole of the extracted tooth with the existing perforation of the maxillary sinus bottom, there is no blood clot in it. When probing the tooth hole, there is no bone bottom. To reliably and visually diagnose perforation of the bottom of the maxillary sinus, you must use the following method: holding the patient's nose with your fingers, we suggest carefully breathing out, while the air rushes through the natural opening of the maxillary sinus, and if there is a perforation, air passes through it into the oral cavity. This is marked by a characteristic sound, while air comes out of the place of the extracted tooth along with blood (frothy blood).

Treatment:

Treatment of acute perforation of the bottom of the maxillary sinus includes:

- Removal of the impression of the tooth hole with perforation of the bottom of the maxillary sinus;
- Casting of a model of a extracted tooth root using a cast;
- Production of a radix stump of a remote root from quick-hardening plastic Protocril and Redont, during the manufacture of a stump of a extracted tooth root, anatomic-topographic configurations of the root are taken into account in order to hermetically fill the well space;
- Installation of the manufactured stump in the hole of the extracted tooth with a perforated sinus;
- Closing the hole with a flap;

Results: The use of the stump to close the perforation hole of the maxillary sinus from the quick-hardening plastics Protocril and Redont helps to reduce the bone defect and creates optimal conditions for the healing of the bone wound and the wound of soft tissues. Moreover, the materials used have good biocompatibility. At the review CT scan, the results showed that during the 1st, 2nd and 6 week after treatment, the plastic stump was encapsulated, the bone defect did not develop, the alveolar ridge was preserved. The cavity of the maxillary sinus remained airtight, and local perforations at the sinus floor epithelialized. Wound healing occurs fairly quickly, less traumatic. This method of treatment is widely available and practical, on an outpatient basis.

Bibliography:

1. Biomaterials for tissue engineering of surgical dentistry / A.F. Panasyuk, E.V. Larionov, D.A. Savashchuk, V.N. Kravec // Clinich. stomatology - 2004. - № 1. - p. 44-46.
2. Biopharmaceutical evaluation of dental medicinal films of anti-inflammatory and anesthetic action / T.F. Marinina, L.N. Savchenko, L.I. Ivanova et al. // Proceedings of the 58th interregion, conf. Pharmacy and Pharmacology "Development, research and marketing of pharmaceutical products" (2003, Pyatigorsk). - Pyatigorsk, 2003. - p. 124-126.
3. Volozhin A.I. Clinical testing of drugs based on hydroxyapatite in dentistry // New in dentistry, - 2003.- №3, - P. 29-31.
4. Vorobiev Yu.I. Radiodiagnosis in the practice of a dentist. - M.: MEDpress-inform, 2004. - p. 70-75.
5. Gavrish E.V. The relationship between etiopathogenetic factors and the specific composition of microflora in odontogenic sinusitis / E.V. Gavrish, M.A. Vnukova // Zhurn. ear, nose and throat diseases. - 2005. - № 5. - p. 32-33.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

Тілеген Ділда Айдынқызы

Научный руководитель: ассоциированный профессор, З.К. Гусеинова, ассоциированный ассистент профессор З.Б. Тауешева

Кафедра: Внутренние болезни №1

Медицинский Университет Караганды, город Караганда,

Республика Казахстан.

Аннотация

Оценка развития риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий по шкалам CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc.

Ключевые слова: Фибрилляция предсердия, трепетание предсердия, CHADS₂, CHA₂DS₂-VAS, HAS-BLED.

Введение: Течение фибрилляции предсердия (ФП), трепетания предсердия (ТП) и риск осложнений в значительной степени зависит от фона, на котором наблюдается (возраст, наличие АГ, сахарного диабета, сердечной недостаточности). По данным Фремингского исследования, при наблюдении в течение 38 лет ХСН диагностирована у 20,6% мужчин и 26% женщин с ФП, в отсутствии ФП сердечная недостаточность была выявлена у 3,2% и 2,9% больных соответственно, то есть в 6-8 раз реже. Риск смерти на фоне ФП и ТП составляет 50 % в первый год после инсульта, что является очень неблагоприятным показателем. Поэтому для практического врача очень важна оценка риска развития цереброваскулярных событий у пациентов с ФП и ТП. Для этого рекомендуют использовать шкалы CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc для оценки риска инсульта у больных с ФП и ТП.

Цель: Оценить риск развития тромбоэмболических осложнений у кардиологических больных с нарушением ритма сердца в соответствии с проводимой антитромботической терапией по уровню риска тромбоэмболических осложнений, рассчитанного по шкалам CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc у пациентов по данным Городской больницы №1 г. Караганды.

Материалы и методы исследования: Ретроспективное исследование проводилось на базе городской больницы №1 г. Караганды, за период с 01.07.2018 года по 30.03.2019 года. В исследование включено 90 пациентов в возрасте от 45 до 85 лет. Среди обследуемых лиц мужского -38(42,2 %), лиц женского пола 52 (57,8%). Были оценены факторы риска по шкалам CHADS₂, CHA₂DS₂-VAS и HAS-BLED.

Результаты и обсуждения: Было выяснено что женщины более подвержены ФП и ТП (55,4%). Наиболее распространено у мужчин в возрасте с 59,5 до 74,5 лет (65,9%), у женщин с 63 до 80 лет (71,94%). Были выделены наиболее вероятные факторы риска, и сделаны расчеты. Стратификация риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с ФП и ТП с использованием шкалы

CHA₂DS₂-VASc доля пациентов высокого риска составляет 86 (96%) человек, а пациенты среднего риска 3 (3,3%) и 1 (1,1%) человек в низком риске. С вероятностью не менее 99% (p<0.01) мы можем утверждать что чувствительность CHA₂DS₂-VASc на 48% больше чем CHADS₂.

Выводы: Наиболее распространенными факторами риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) были хроническая сердечная недостаточность – 97,7% (88) и гипертоническая болезнь — 64%(71), а для развития геморрагических осложнений были гипертоническая болезнь 80%(72) и возраст ≥ 65 лет 78%(70).

Заключение: Преждевременная оценка развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП и ТП поможет избежать необратимых последствий и своевременно начатая терапия антикоагулянтами и двойная антиагрегатная может оказать положительный эффект и предупредить риск развития тромбоэмболических осложнений.

Список литературы:

- 1.The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal. Published online: August 29, 2010 . doi:10.1093/eurheartj/ehq278
2. Целуйко В.И., Ополонская Н.А. «Распространенность факторов риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений среди больных с фибрилляцией предсердий»
3. Зотова И.В., Исаева М.Ю. Оценка риска тромбоэмболий при мерцательной аритмии: современное состояние проблемы//Атеротромбоз. – 2013. - №1. – С. 21-31.
4. Комаров А.Л. «Старые» и «новые» возможности профилактики инсульта у больных фибрилляцией предсердий. – 2013. - №1. – С. 44-52.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бөрибай Айдана Есболқызы

Научный руководитель: ассоциированный профессор, З.К.
Гусейнова, ассоциированный ассистент профессор З.Б. Тауешева

Кафедра: Внутренние болезни №1
Медицинский Университет Караганды, город Караганда, Республика
Казахстан.

Аннотация: Оценка степени печеночной энцефалопатии и эффективности лечения пациентов с циррозом печени.

Ключевые слова: Печеночная энцефалопатия, цирроз печени.

Введение: Печеночная энцефалопатия – осложнение цирроза печени, приводящее к изменениям личности, нарушениям сна и координации движений, когнитивной дисфункции и является причиной потери трудоспособности и снижения качества жизни пациента.

Цель: Выявить связь между степенью энцефалопатии и этиологией цирроза печени. Оценить эффективность препаратов, применяемых при лечении печеночной энцефалопатии.

Материалы и методы исследования: Одномоментное (поперечное) когортное исследование проводилось на базе городской больницы №1 г. Караганды, за период с 01.01.2017 года по 01.01.2018 года. В исследование включено 50 пациентов в возрасте от 37 до 65 лет с диагнозом цирроз печени, осложнившихся печеночной энцефалопатией (ПЭ). Для лечения ПЭ использовались препараты «Гепа-Мерц» 5 г. (10,0 мл) 3 раза в день, «Альфа нормикс» по 1 таблетке (200 мг) 3 раза в день. С целью определения эффективности лечения всем исследуемым проведен тест «Связи чисел» до и после лечения.

Результаты и обсуждения: Пациенты были разделены на 4 группы. В 1 группу вошло 8 пациентов с первичным билиарным циррозом

(18%), во 2 группу - 19 пациентов токсической этиологии (37%), в 3 группа – 21 пациент вирусной этиологией (41%), в 4 – 2 с вторичным билиарным циррозом (4%). В ходе исследования выяснено, что у пациентов 1 и 4 групп преобладает 2 стадия ПЭ, во 2 группе – 4 стадия, в 3 группе - 3 стадия. При этом исследование показало, что наиболее опасная стадия энцефалопатии встречается у пациентов с токсической этиологией цирроза печени (37%). Результаты теста «Связи чисел» после лечения препаратами «Гепамерц» и «Альфа нормикс» показал регрессию ПЭ в 100% случаев. Причем положительные результаты у пациентов с 4 стадией ПЭ были достигнуты на 2-е сутки, после применения ударной дозы препаратов.

Выводы: Степень выраженности печеночной энцефалопатии не зависит от этиологии цирроза печени. Препараты «Гепамерц» и «Альфа нормикс» позволили добиться регрессии энцефалопатии на 2-е сутки, что говорит о высокой эффективности данных препаратов.

Заключение: Преждевременная оценка развития печеночной энцефалопатии у пациентов с циррозом печени поможет избежать необратимых последствий.

Список литературы:

- 1.Абдуллаев С. М. Печеночная энцефалопатия: диагностика, профилактика и лечение. - Клиническая гепатология, 2007. №3. - С. 41-45.
- 2.Ардатская М. Д., Баркалова Л. В., Минушкин О. Н. Печеночная энцефалопатия: определение, вопросы патогенеза, клиника, методы диагностики и принципы лечебной коррекции. - Фарматека, 2011. - №11. - С. 23-28.
3. Бурневич Э. З., Лопаткина Т. Н., Краснова М. С. Печеночная энцефалопатия при циррозе печени. - Гепатологический форум, 2008. - №2. - С. 19-24.
- 4.Лапо Е.И., Исаева Н.В., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Родиков М.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.;

5. Кутепов Д.Е., Попов А.В., Моляренко Е.В. и др. Использование поддерживающей МАРС при заболеваниях печени//Кремл. Мед.клин.вестник, 2003,№1Юс.43-46.

ЗЕРТТЕЛГЕН НАУҚАСТАРДА ӨСОА-НЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛЕРІН,ЖЫНЫСЫ МЕН ЖАСЫ АРА- ҚАТЫНАСЫН ЖӘНЕ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫН БАҒАЛАУ

Байсалбаева Ақбота Бесқарабайқызы

Ғылыми жетекші:ассоц.профессор Гусейнова З.Б, ассоц. Ассистент
профессор Таушева З.Б,

Қарағанды Медициналық Университеті, 4 курс, «Жалпы медицина»
факультеті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация: ӨСОА қазіргі замандағы өлім себептерінің ішінде алдыңғы қатарларда кездеседі. Ауруды емдеу шараларының тиімділігі және ауру дамуына әсер етуші факторларды(қауіп факторлері, науқас жынысы, жасы) қарастыру- ӨСОА себептерінен болатын өлімді азайтуға көмектеседі.

Түйін сөздер: факторлер, ем шаралар, ауру, ӨСОА, науқас жасы,науқас жынысы

Кіріспе: Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы- ауа ағымының созылмалы шектелуінің нәтижесінде тыныс алуы нашарлауымен көрінетін науқастың өміріне қауіп төндіретін ауру

Мақсаты: ӨСОА ауырған науқастардың жас,жыныс мәліметтеріне баға беру. ӨСОА қауіп факторлерін бағалау. ӨСОА-мен ауырған науқастарға жүргізілген емдеу шараларының хаттамаға сәйкестігін бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: №1 Қалалық аурухананың жалпы терапия бөлімінде 2017 жылдың қаңтар мен шілде айлары аралығында ӨСОА-мен ауырған науқастарды зерттеу.Зерттеуге:Жалпы 45 науқас:38 ер,7 әйел .Жас көрсеткіштері:35 пен 90 жас аралығы

Нәтижелер мен талқылаулар: Зерттеуге қатысқан ерлер(96,8%) және әйелдер (3,1%) жасына байланысты 5 топқа бөлінді. Бірінші топта 35-50 жас аралығындағы науқастар (ерлер 10,5%, әйелдер14,2%), 2-топ- 50-60 жас аралығы(ерлер26,3%,әйелдер28,5%), 3-топ- 60-70 жас аралығы(ерлер26,6%,әйелдер 14,2%), 4-топ- 70-80 жас аралығы(ерлер 13,1%,әйелдер 14,2%), 5-топ- 80-90 жас аралығы (ерлер 18,4%,әйелдер) 14,2. Зерттеу мәліметтеріне сүйене отырып,науқастардың арасында: ӨСОА-ға әйелдерден (3,1 %) ерлер (96,8%) 5,5 есе жиі шалдыққан.Ерлерде жиі кездесетін жас аралығы:50-70 жас(53%),әйелдерде 50-60 жас(28,5%). Науқастардың ӨСОА-ға шалдығуына тікелей қауіп факторі болып 90% жағдайда темекі шегу алып келген,қалған 4 % тыныс жолдарының инфекциялық ауруының асқынысы ретінде және тағы 6% шұғылданған кәсібі алып келген. Зерттеліп отырған науқастардың емдеу шаралары хаттамаға сай жүргізілген, дегенмен емдеу тек аурудың дамуын,өршуін баяулатады. Науқастардың ӨСОА-ға шалдығуына тікелей қауіп факторі- 90% жағдайда темекі шегу ,қалған 4 % тыныс жолдарының инфекциялық ауруының асқынысы ретінде және тағы 6% шұғылданған кәсібі. Біздің зерттеліп отырған науқастардың емдеу шаралары хаттамаға сай жүргізілген, дегенмен емдеу тек аурудың дамуын,өршуін баяулатады.

Қорытынды: ӨСОА-ның дамуы адам жасына, өмір салтына және кәсібіне тікелей байланысты. ӨСОА толық жазылу мүмкін емес.

Бұл науқастың өмір сапасын жақсарту мақсатында шаралар жүргізіледі деген сөз. Хаттама бойынша жүргізілген емдеу шаралары ауруды толығымен жоймайды.Емнен кейін науқас жағдайы біршама жақсарады дегенмен емді және ұсыныстарды амбулаторлы(үй жағдайында) жалғастырады- 30% науқастарда.

Пайдаланылған әдебиеттер

- 1.ҚР ДСМ ДСДО “Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы” клиникалық хаттамасы,2013ж.
- 2.<http://www.who.int>(ДСҰ ресми сайты)
- 3.“Пульмонология” жүйелік оқулығы
- 4.«Пульмонология » Чучалин А.Г. 2007 ж.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИППОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ.

Махатова Адиля Онайбеккызы, интерн

Махатов Бахтияр Канапиевич, интерн

Научный руководитель: Киспаева Токжан Тохтаровна, д.м.н.,
профессор

Медицинский Университет Караганды

Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертности и долгосрочной инвалидности по всему миру. Реабилитация пациентов, перенесших инсульт, на данный момент является стратегически важной целью в целях улучшения качества жизни пациентов.

По данным зарубежных специалистов, инсульт поражает от 1 до 10% населения страны, в зависимости от количества мегаполисов. Так, в Новой Зеландии инсульт поражает 4 процента населения. [1]. В США инсульт занимает 4-е место по причине смертности. [2]. Подобные состояния могут быть следствием обычного бытового стресса, и нередко приводят к инвалидизации. [3] Восстановление походки является основным компонентом реабилитации церебральных инсультов и поддерживается обширными исследованиями. [4] Сегодня в мировой практике применяется множество видов реабилитационной терапии, и все чаще можно встретить практику добавления к классическим физиотерапевтическим процедурам и ЛФК, альтернативных методов реабилитации пациентов, таких как анималотерапия. В процессе работы с публикациями было установлено, что иппотерапия оказывает положительное влияние на статико-координаторную, когнитивную, двигательную сферу и мышечный каркас, что доказывается результатами работ, описанных корейскими учеными. Было доказано, что иппотерапия улучшает статико-координаторные функции, тонус, гибкость мышц всего тела, осанку, прочность нижних конечностей, улучшает эмоциональное самочувствие, включая уверенность в себе, чувство собственного достоинства и

самосознание. [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Был сделан вывод о рациональности применения иппотерапии в качестве реабилитационного метода, в частности при церебральном инсульте, а также рекомендовано активное использование данного метода. [12, 13, 14].

Очевидный минус этого метода лечения заключается в ограниченной доступности подобных сеансов, но и этот барьер вскоре будет преодолен благодаря достижениям научно-технического прогресса.. На основании всего вышеперечисленного можно рекомендовать иппотерапию, как относительно доступный в нашем регионе и однозначно положительный метод реабилитационного лечения пациентов, перенесших инсульт, в периоде реабилитации.

Литература

- 1.Emerson, Iain. An integrated robotic and virtual mirror therapy system for stroke rehabilitation. // Massey University, Albany, New Zealand – 2014 – Vol. 14 – p.10
- 2.Towfighi. Stroke declines from third to fourth leading cause of death in the United States: historical perspective and challenges ahead. *Saver JL*. 2011; 3: 8
- 3.Ахмадьярова Б. С., Шустеров Ю. А., Токсамбаева Д. Е. Клинический случай развития передней ишемической нейрооптикопатии и истерического амавроза на фоне стресса. *Медицина и экология*. 2016; 4: 128-130
- 4.M. Kafri, R. Dickstein. External validity of post-stroke interventional gait rehabilitation studies. *Topics in Stroke Rehabilitation*.2017; 24 (1):61-67.
- 5.H. Sunwoo, W.H. Chang, J.-Y. Kwon etc. Hippotherapy in adult patients with chronic brain disorders: a pilot study. *Ann Rehabil Med*. 2012; 36: 756–761.
- 6.D. Champagne, H. Corriveau & C. Dugas. Effect of Hippotherapy on Motor Proficiency and Function in Children with Cerebral Palsy Who Walk. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 2016; 03: 51-63.
- 7.J. Y. Han, J. M. Kim, S. K. Kim et al. Therapeutic effects of mechanical horseback riding on gait and balance ability in stroke patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2012
- 8.Y.-N. Kim, D.-K. Lee. Effects of horse-riding exercise on balance, gait, and activities of daily living in stroke patients. *Physical Therapy Science*. 2015; 27(3): 607-609.

- 5.F. Beinotti, G. Christofolletti, N. Correia, G. Borges. Effects of horseback riding therapy on quality of life in patients post stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2013;20(3):226-232.
- 6.D.-K. Lee, E.-K. Kim. The influence of horseback riding training on the physical function and psychological problems of stroke patient. *Physical Therapy Science*. 2015;27(9): 2739-2741.
- 7.W.-S. Cho, S.-H. Cho. Effects of mechanical horseback riding exercise on static balance of patient with chronic stroke. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2015;16(3):1981-1988.
- 8.F. Beinotti, N. Correia, G. Christofolletti, G. Borges Use of hippotherapy in gait training for hemiparetic post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010; 68(6): 908-913.
- 9.C. S. Hyoun, C. W. Su, K. Y. Seong. The effect of mechanical horseback riding training on the gait ability of patients with stroke. *Rehabilitation and social security*.2014; 18(5): 293-308.
- 10.I.-H. Baek, B. J. Kim. The effects of horse riding simulation training on stroke patients' balance ability and abdominal muscle thickness changes *Physical Therapy Science*. 2014; 26(8): 1293-1296.

II.HEALTH MANAGEMENT

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Ермахан Ж.Т. студент 3 курса специальности
общественного здравоохранения
НКАО «Медицинский Университет Астана»
Научный руководитель старший преподаватель,
магистр общественного здравоохранения
Байгенжеева Р.К.

Аннотация. Как рассуждал Гиппократ «Болезнь легче предупредить, чем лечить», поэтому главная миссия современного специалиста здравоохранения – разделить тонкую грань между мифом и реальностью косательно вакцинопрофилактики.

Ключевые слова. вакцинопрофилактика, иммунизация, охват, профилактическая медицина, плановая вакцинация, заболеваемость, санпросвет работа.

Введение. Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием. Однако, отношения к вакцинопрофилактике во всем мире и в Казахстане остается неоднозначным. В развитых странах вакцинация является неотъемлемой частью профилактической медицины так как, охрана и укрепление здоровья народа является одним из главных приоритетов экономического и социального развития страны. Благодаря плановой вакцинации заболеваемость корью в республике за последние годы значительно снизилась. Несмотря на это, в 2015 году в РК уровень заболеваемости корью увеличился в 13 раз (1121 случай в 2015 году против 84 случая в 2014 году). В том же году в стране отказались от вакцинации около 8,5 тысяч человек, из них 40% отказались от вакцинации по религиозным и 45% по личным причинам. В рамках программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» планируется создание

Регистра вакцинированных лиц РК для ведения мониторинга и получения достоверной информации об охвате вакцинацией и количества отказов от вакцинации. Так как, все большее число родителей сомневаются в вопросе вакцинации своих детей.

Цель. Выявление отношения населения к вакцинопрофилактике и основных причин отказа от иммунизации, а также на основании изучения отношения населения к вакцинопрофилактике, определить оптимальное мероприятие по правильному информированию населения касательно актуальных вопросов в области вакцинопрофилактики.

Материалы и методы. Население взяты как основной объект исследования (N=300), предметом изучения является анкетирование населения.

Результаты. По результатам анкетирования населения, на вопрос о том, как они получают информацию о вакцинопрофилактике, больше половины респондентов (58%) ответили что получают информацию о прививках на работе, учебе, остальные (22%) от участкового врача, (15%) в интернет, (5%) из телепередач. Поэтому весомая часть (88%) проанкетированного населения считают, что необходимо более активное и позитивное освещение вопросов по вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний в средствах массовой информации. Чтобы повысить уровень знаний о вакцинопрофилактике по мнению населения (58%) нужно повысить уровень санпросвет работы. Следующие данные доказывают рост тенденции отказа от вакцинации, ведь на вопрос о наличии знакомых, которые отказались от прививок преимущественная часть (42%) опрошенных людей ответили положительно.

Вывод. Анализ результатов проведенного социологического исследования выявило, что многие из респондентов (соответственно 18%, 35%) отказываются от вакцинации по религиозным причинам и по причине боязни побочных эффектов.

Заключение. Главной проблемой, среди населения которая препятствует продуктивной работе вакцинопрофилактики является распространённость дезинформации и религиозные убеждения. Это означает что наше общество нуждается в работе достоверных источников о пользе вакцинации, чтобы снизить прирастающую тенденцию отказов от вакцинации.

Список литературы.

1. Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы: утв. 15 января 2016 года, № 176.
2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник - Изд.2-е, перер. и доп. - М.: ГОЭТАР – Медиа, 2012. – 165 с.
3. Есмагамбетова А. В Казахстане отмечается тенденция роста отказов от вакцинации // <http://primeminister.kz/ru/news/10/v-kazahstane-otmechaetsja-tendentsija-rosta-otkazov-ot-vaktsinatsii-aesmagambetova>.
4. Фельдблюм И.В. Популяционные аспекты вакцинопрофилактики: итоги и перспективы дальнейшего развития // Инфекция и иммунитет. - 2012.-Т. 2, № 1- 2. - С. 111.
5. Вакцины и вакцинация: национальное руководство/ под ред. Зверева В.В., Семенова Б.Ф., Хаитова Р.М. - М.: Гэотар-Медиа, 2011. - 880 с.
6. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник для ВУЗов. - 2-е изд. - М.: Гэотар-Медиа, 2007. - 816 с.
7. Отчеты по инфекционной заболеваемости. // <http://www.who.int/immunization>.
4. Ahmed A., Lee K.S., Bukhsh A., Al-Worafi Y.M., Sarker M.M.R
5. Ming L.C., Khan T.M. Outbreak of vaccine-preventable diseases in Muslim majority countries // J Infect Public Health - 2018. - Vol.11, № 2. - P.153-155.
6. Six common misconceptions about immunization // http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/detection/immunization_misconceptions/en/index6.html.
7. Spencer J.P., Trondsen Pawlowski R.H., Thomas S. Vaccine Adverse Events: Separating Myth from Reality // Am Fam. Physician. - 2017. - Vol. 95, №12. - P.786- 794.
8. Wombwell E., Fangman M.T., Spero D.L. Religious Barriers to Measles Vaccination // Journal of community health. – 2015. - Vol. 40, № 3. - P.597-604.

12. Smith P.J., Kennedy A.M., Wooten K., Gust D.A., Pickering L.K. Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage // *Pediatrics*. - 2006. - Vol.118, №5. - P. 68-73.
13. Gesser-Edelsburg A., Shir-Raz Y., Green M.S. Why do parents who usually vaccinate their children hesitate or refuse? General good vs. individual risk // *Journal of Risk Research*. - 2016. - Vol.19, №4. - P.405-424.
14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (с изменениями от 13 апреля 2017 года): утв. 21 марта 2014 года, N 125н.
15. Brunson E.K. The Impact of Social Networks on Parents' Vaccination Decisions // *Pediatrics*. – 2013. - V.131, №5. - P.119-128.
16. Donzell G., Palomba G., Federigi I., Aquino F., Cioni L., Verani M., Carducci A, Lopalco P Misinformation on vaccination: a quantitative analysis of YouTube videos // *Hum Vaccin Immunother*. - 2018. - Vol.19. - P.1-18.
17. Европейский план действий в отношении вакцин 2015-2020 гг. Европейский региональный комитет. Шестьдесят четвертая сессия. - ВОЗ, Копенгаген, Дания. - 2014//http://www.euro.who.int/_____data/assets/pdf_file/0004/255514/64wd15_Rus_EVAP_140459.pdf?ua=1

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ПОКУПАТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Ерназар Б.- студ.5 курса
Науч.рук. Арыстанов Ж.М.- д.фарм.н.,проф.
НАО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: Определены особенности потребительского поведения потребителей на основе их социально-демографических характеристик.

Ключевые слова: лекарственные средства, потребности, потребительское поведение.

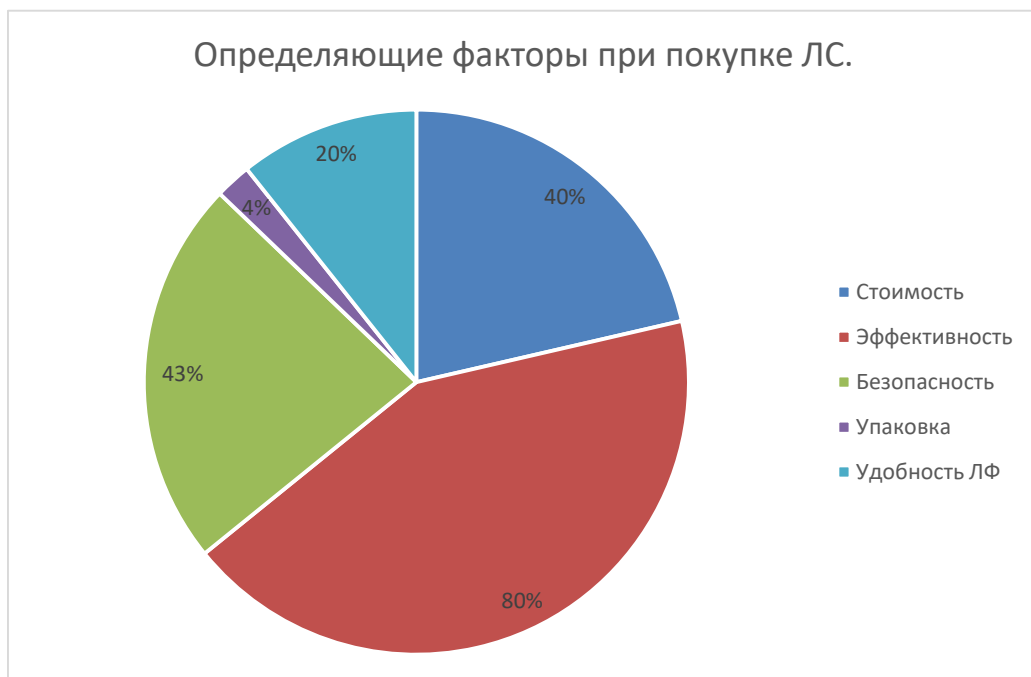
Актуальность исследования потребления лекарственных средств определяется спецификой фармацевтической продукции и поведения потребителей на фармацевтическом рынке. Приобретая и употребляя лекарственные средства (ЛС) население удовлетворяют свои базовые потребности (здоровье) [1].

Цель исследования – изучение и анализ потребности покупателей лекарственных средств.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования выбрана аптечная организация ТОО «МФК «Гиппократ» г. Астана. Предметом исследования явились знания, отношение и практика населения в плане потребления лекарственных средств. Использован метод анкетирования респондентов- покупателей лекарственных средств.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования была опрошена целевая группа респондентов – покупатели лекарственных средств. По этой группе была рассчитана выборочная совокупность респондентов, а в генеральную совокупность вошло население города Астаны (1 078 362 человек) [2]. Выбраны 3 аптеки из аптечной сети ТОО «МФК» Гиппократ». Определены ряд особенностей потребительского поведения на основе гендерных и возрастных групп, социального статуса, уровня образования, материального положения респондентов. Социальный статус, уровень образования и материальное положение респондентов являются важными ориентирами при принятии решений о покупке лекарственных средств и формировании культуры потребления лекарственных средств среди покупателей.

Проведенное исследование позволило также обозначить какими факторами, либо на что больше обращают внимание пациенты при покупке ЛС. В целом же факторами, влияющими на выбор ЛС, явились (Рис.1):



Выводы. Социально-демографические характеристики респондентов влияют на выбор лекарственных средств.

Заключение. Результаты исследования потребности покупателей характеризуют реальную практику потребления лекарственных средств населением, сложившуюся в настоящее время.

Список литературы

1. Дремова Н.Б., Соломка СВ., Дзюба В.Ф., Холявина М.М. Маркетинговые исследования потребителей медицинских и фармацевтических товаров и услуг // Новая аптека. – 2001. - №4. – С. 34-41.

2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Население_Астаны. Дата доступа: 10.03.2019г.

ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ІШІНДЕГІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ АУРУЫ СЕБЕБІ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Еркінбек А.Ә.

Ғылым жетекшісі: «Қоғамдық денсаулық сақтау» кафедрасының

м.ғ.к доценті Абжанов Е.А.

Қарағанды Медицина Университеті

Аннотация: Артериялық гипертензия өзекті медициналық әлеуметтік мәселе болып табылады. Бұл мәселенің өзектілігі артериялық гипертензия аясындағы асқынулардың жоғары қауіпіне негізделеді. Орташа алғанда 25-35% балаларда және жасөспірімдерде кездеседі және олардың 10-17%-да артериялық гипертензия гипертониялық ауруға ұласып, асқына береді.[6] Эпидемиологиялық мәліметтер бойынша артериялық гипертензия Қазақстанда және шетелде кең тараған ауру болып табылады.[1] Жоғары артериялық қысымның негізгі себептері тұзға бай емдәм, дене белсенділігінің, қозғалыстың төмен деңгейі, артық салмақ болып табылады.[4] Жоғары артериялық қысым 7,1 миллион өлімге өз үлесін қосып отыр, бұл әлемдегі өлім-жітімнің 13%-ын құрайды. 425 мың адамды қамтыған 37 күрделі зерттеулердің қорытындылары бойынша систоликалық (жоғарғы) артериялық қысымды 10 ммрт-ға төмендеткен кезде инсультқа ұшырау қауіпін 37%-ға, ЖИА-ның (жүректің ишемиялық ауруының) туындау қауіпін 25%-ға дейін төмендетеді екен.[3]

Кілтті сөздер: Артериялық қысым, жүрек, жүрек-қантамырлар, орталық нерв жүйесі, миокард инфарктісі.

Кіріспе: Халық денсаулығы қоғамның ең басты құндылықтарының бірі болып саналады.[10] Мемлекет басшысы өз жолдауларында денсаулық сақтау саласына арнайы тоқтала келіп, еліміздің саламатты өмір салтын орнықтыруды, медицинаны дамыту денсаулық сақтау саласындағы басты басымдық – алғашқы медициналық-санитарлық көмекті дамыту керектігін баса айтқан болатын. [2] Қазіргі уақытта дүниежүзіндегі бірде – бір елде негізгі үлесін жүрек – қантамыры аурулары құрайтын әлеуметтік мәні бар созылмалы аурулар профилактикасынан асқан тиімді жүйесі жоқ екені белгілі.[11] ҚР – да жүрек –қан тамыр ауруларының кең таралуы тек дәрігерлерді ғана емес, сонымен қатар, қоғамды да алаңдатып отыр. [7]

Мақсаты: Жүрек–қан тамырлар ауруларының ішіндегі гипертония ауруы, себебі және әлеуметтік-гигиеналық мәселелерін зерттеу.

Зерттеу әдістері: Артериялық гипертония бойынша отандық және шетелдік авторлардың әдебиетін зерттеу, гипертония ауруы туралы статистикалық деректерді қарау, пациенттерге сауалнама жүргізу

Зерттеу нәтижесі: Жүргізілетін жұмыстың нәтижесінде жүрек қан тамыр ауруларына шалдыққандардың деңгейін, емдеу-профилактикалық шаралардың толыққанды, уақытылы жүргізілуін, науқастардың өз денсаулығына қатысты көзқарасын және басқа да қойылған мәселелерді анықтауға жол ашады. [5]

Қорытынды: Артериялық гипертония қоғамдық денсаулық сақтаудың ғаламдық мәселесі болып табылады, ол жүрек ауруларының, инсульттардың және бүйрек жеткіліксіздігінің ауыртпалығына себепшіл болады, сонымен қатар мезгілсіз қаза болуға және мүгедектікке себептеседі. [8] Гипертонияны ерте анықтау, дұрыс емдеу және лайық бақылау денсаулықтың күйінің жақсаруын қамтамасыз етеді және экономикалық тұрғыдан пайдалы болады, өйткені гипертонияның асқынуын емдеу қымбат араласуларды жүзеге асырумен түйіндес болады.[9]

Әдебиеттер тізімі:

1. Айтбембет Б.Н. Ішкі ауруларының пропедевтикасы, 2003
2. Артериальная гипертония. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертонии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови. 2003.
3. Геппе Н.А. Пропедевтика детских болезней: учебник + СД-М, 2008-464с.
4. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. 2004. The 2003 Canadian Recommendations for the management of hypertension diagnosis.
5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония. - М.: Форте Арт, 2001. - 208
6. Константинов, В.В. и соавт. Распространенность АГ и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов // Кардиология. – 2001. — №4. – С. 59.
7. Органов, Р.Г., Масленникова, Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания во второй половине XX столетия, тенденция, возможные принципы, перспективы // Кардиология. – 2000. — №6. – С. 4-9.

8. Подзолков В.И., Булатов В.А., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Лечение артериальной гипертензии и ИБС: две болезни - единый подход. // РМЖ. - 2003. - №28. - С. 1568.
9. Рысмендиев, А.Ж. Состояние и стратегия реформы кардиологической службы республики Казахстан // 2-Конгресс ассоциации кардиологов Казахстана. – Алматы: 1998. — С. 3-5.
10. Цыбин, А. К. Фармакоэкономика: проблемы и пути дальнейшего развития // Рецепт. — 2000. — №6(15). — С. 21-24.
11. The Seventh Report of the Joint national Committee on prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure. 2003.

АДАМ ҚҰЛАҒЫ МИКРОФЛОРАСЫНА ӘР ТҮРЛІ ПАЙЫЗДЫҚ КОНЦЕНТРАЦИЯДАҒЫ ФОРМАЛИН БУЫНЫҢ ӘСЕРІ

Өтесін М.А., Бітімғалиева А.Н., Астраханав А.А., Қанатова А.Е.,
Қабдол Н.А.,

Микробиология, вирусология, иммунология кафедрасы
Ғылыми жетекші – м.ғ.к., доцент Урекешов Б.С.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина
университеті, Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі. Адам терісінің микробиотасы алуан түрлі. Формалин негізінен антисептикалық зат ретінде және препараттарды фиксациялауға қолданылады. Фиксациялауға қатысатын адамдардың мейлінше қалыпты микробиотасы бұзылмаған тері жамылғысы бар жер ол құлақ арты маңы болып саналады. Сол себептен сол аймақтың микробиотасына формалинның түрлі пайыздық концентрациясы қалай әсер ететіні және өзгерістер болса, олар өз кезегінде қандай салдарға әкелуі мүмкін деген сұрақ ашық. Зерттеудің мақсаты: 10%, 12%, 40% формалин ерітінділерінің құлақ арты аймағының микробиотасына әсерін зерттеу. Материалдар мен әдістер. Зертханалық. Бақылаулы. Ыңғайлы таңдама.

Зертханалық: микробиологиялық зертханада бактериологиялық әдіспен зерттеу жүргізілді. Микроскопиялау әдісімен дайындалған препараттардағы микроорганизмдер анықталды. Нәтижелері мен талқылау. 10 студенттің (5 үшінші курс, 5 екінші курс) құлақ арты аймағынан формалинмен жұмыс істер алдында және кейін жағындылар (арасы 1 сағат) алынды. Олар өз кезегінде ЕПБ, ЕПА, Эндо, СТА қоректік орталарына себілді. ЕПБ-дан қайта ЕПА-ға себілді.

Сонымен қатар әсер етуші фактор ретінде формалинмен жұмыс жүретін лаборатория мен анатомия кабинеттерінің ауасының микрофлорасы ЕПА дан Омелянский формуласы бойынша анықталды.

Қорытынды. Құлақ арты аймағының микрофлорасына формалиннің әсері бар екені бактериологиялық және микроскопиялық әдістермен дәлелденді. Негізгі өсімдер Грам ондар соның ішінде стафилококктар анықталды. Формалинмен жұмыстан кейін құлақ арты микрофлорасының өгергендігі байқалды. Омелянский формуласы бойынша формалин пары бар 40% формалинмен жұмыс жүретін лабораторияда қолданылған ЕПА-да өсім болған жоқ.

Әдебиеттер тізімі:

1) Микрофлора кожи участников образовательного процесса в рамках санитарно-эпидемиологического благополучия молоканова ю.П., Медведева и.В., Анипко в.В. Московский государственный областной университет номер: 3 (10), 2014 , 69-71 беттер

2) Обзор классификаций наружного отита с позиций их оптимизации мосихин С. Б., Покровская Е. М., Безбрызгов А. В. Номер: 2-2 (87), 2015 / практическая медицина

3) ВЗАИМОСВЯЗЬ ВНУТРИВИДОВОГО РАЗНООБРАЗИЯ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ПАТОГЕННОСТИ СТАФИЛОКОККОВ КОЖИ фалова О.Е., Потатуркина-нестерова Н.И., Ильина Е.Н. ФГБУ НИИ «физико-химической медицины ФМБА России», №12, 2013 / ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЖАСТАР АРАСЫНДАҒЫ СЕМІЗДІКТІҢ МЕДИКО- ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ.

Даниярова А.Б.

Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к., профессор Султанов А.К
Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы., Қарағанды Медицина
университеті, Қарағанды қаласы.

Аннотация

Бұл мақалада семіздіктің жастар арасында таралуы, алдын алу себептері және тәуекел факторлары және статистика мәліметтер бойынша миллиардтан астам адам артық салмақтан зардап шегетіндігі талқыланған.

Кілт сөздер: семіздік, денсаулық сақтау жүйесі, мүгедектік, жастар, қоғам, статистика.

Кіріспе.

Қазіргі таңда семіздік ауруына шалдыққандардың саны жылдан жылға дүние жүзінде көбейіп келе жатқандығы тіркелуде.

ДДСҰ- мәліметтері бойынша 2018 жылы 674 млн науқастардың тіркелгендігі, ал Қазақстанда 2,8 миллионнан астам адам семіздікке шалдыққандығын көруімізге болады. Бұл елімізде тұратын халықтың санын ескергенде, жоғары көрсеткіш болып табылады. Мамандар семіздіктің 90 пайызы дұрыс тамақтанбаудан болатындығын айтуда. Қазіргі таңда диетологтарды қоғамдағы азық-түлік мәдениеті жойылып, семіздік жаһандық эпидемияға айналуы фактісі алаңдатады. Бұл фактілер денсаулық сақтау жүйесі үшін ғана емес, тұтастай алғанда қоғам үшін бүгінгі күннің маңызды мәселелері екендігін көрсетеді.

Зерттеудің мақсаты.

Теміртау қаласындағы №9 орта мектеп-лицейі мен №2 мектеп оқушыларының арасындағы семіздіктің медико-әлеуметтік мәселелерін талдап бағалау.

Зерттеудің міндеттері.

1. Жасөспірімдер арасында семіздіктің негізгі себептерін анықтап, бағалау.
2. Семіздіктің алдын алу бойынша ұсыныстар беру.

Зерттеу материалы мен әдістері. Ғылыми зерттеу барысында сауалнама әдісін қолдандық. Сауалнаманы Теміртау қаласының №9 орта мектеп-лицейі мен №2 мектептерінде 150 оқушылар арасында жүргізілді.

Бақылау нәтижесі. Жүргізілген ғылыми –зерттеу мәліметтерінің қорытындысына сараптама жүргізген кезімізде - Сіз өз денсаулығыңыздың қалай бағалайсыз деген сұраққа: жақсы-60%, қанағаттанарлық- 26%, жаман- 14% деп, ал артық салмақтан арылу үшін қандай шаралар қолданасыз деген сұрағымызға – тамақты мөлшерімен режим бойынша тұтынуды қадағалаймын - 21%, көп жаттығулар жасаймын-25%, диетаға отырамын-23%, ештеңе істемеймін-31%, -деп жауап берсе, дене салмағының көбеюі не себептен болады деген сұрағымызға аз қозғалыстан- 20%, шеттен тыс тамақтанудан -10%, дұрыс емес тамақтанудан-14%, зиянды әдеттерден -22%, әр түрлі аурулардың себебінен-23%, тез дайындалатын көкөніс тағамдарын қолданғаннан-11%, деп жауап бергендіктері тіркелді.

Сонымен қатар, сіздің ойыңызша, семіздікті қалай алдын алуға болады деген сұрағымызға- жастар арасында салауатты өмір салтын насихаттау-15%, уақытылы спортпен шұғылдану- 44%, дұрыс тамақтану- 39%, семіздіктің алғашқы сатысы байқалғаннан бастап, консультация жүргізу- 2%, екендігін атап өтті.

Бақылау қорытындысы. Зерттеу нәтижесін қорыта келгенде респонденттердің 3/1 өз денсаулықтарын төмен бағалайтындығы, ал 31%- артық салмақтан айырылу шараларын білмейтіндігі, 55%- астамы дене салмағының көбеюінің негізгі себептерін біле отырып негізгі шараларды ұстанбайтындығы тіркелді. Сонымен қатар семіздік дертінің алдын алу туралы профилактикалық шараларды білесізбе деген сұрағымызға оқушылардың 3/2- семіздіктің профилактикалық шараларын толық білетіндігі, бірақ толық ұстанбайтындығы анықталғандығын көреміз. Жүргізілген сауалнама нәтижесі бойынша оқушылар арасында семіздіктің алдын алу шараларын кең көлемде қатаң қадағалау барысында жүргізуді ұсынамыз.

Әдебиеттер тізімі.

1) Әбеуова, Б. А. Балалардағы семіздік [Мәтін] : оқу-әдістемелік құрал / Б. А. Әбеуова, Г. Г. Ерёмичева ; ҚММУ. - Қарағанды : ҚММУ баспасы, 2015. - 55 б. - ISBN 978-601-202-168-4 : б.ц. р.

- 2) Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н. Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие Иркутск, 2007г.
- 3) Седлецкий, Ю. И. Современные методы лечения ожирения : руководство для врачей / Ю. И. Седлецкий. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. - 416 с. : ил. - ISBN 5-9761-0006-6 (в пер.) УДК 616.48(02)
- 4) «Балалардағы семіздік» оқу-әдістемелік құрал. Авт: Б.Әбеуова, Г.Г Ерёмичева. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі және әлеуметтік даму министрлігі. Қарағанды 2015ж-55б
- 5) «Ожирение у детей и подростков». Руководство для врачей. (Причины и современные технологии терапии и профилактики.) Авт: А.В Картелишев, А.Г Румянцев, Н.С Смирнова. Изд.:Бином,2013г-280с.
- 6) Шарманов Т.Ш., Тажибаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А., Руководство по профилактике избыточной массы тела и ожирения. – Алматы: 2012.-36-84с.
- 7) Паршина Н.В Пищевые стереотипы детей с одирением и их роль в возникновении метаболического синдрома / Н.В.Паршина, Е.М.Булатова., А.Н.Завьялова., // Вопросы детской диетологии. 2006-Т.4, №6.-С.9-13.
- 8) Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И.Дедова., Г.А.Мельниченко.-М.:ООО «Медицинское информационное агентство» Москва 2006.456с.
- 9) Валерий Христофоров 7 Рубрика «Здоровье»: Медицина. Журнал аргументы и факты. Россия, Выпуск №11, 03.03.2016г.
- 10) Ожирение и возможности его диетической коррекции у детей / Т.Н.Степанова., Т.Э.Боровик., Н.Н.Семенова., Л.И.Дмитриенко // Медицинский совет. 2007.- №4.-С. 58-65.

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДАҒЫ АЛКОГОЛИЗМ

А.Е. Ибрагимова

Ғылыми жұмыстың жетекшісі: Д.С. Аубакирова

Қарағанды Медицина Университеті

Бұл жұмыс әйелдер маскүнемділігі тақырыбына арналған, мұнда ішімдік басты мәселе болып табылады. Ішімдік деген не – сөзсіз жау, әлде адамға берілген, мәні түсінілмеген ғажап құбылыс па? Жинақта берілген авторлардың әрқайсысы *spiritus vini* деп аталатын, зұлым жаудың бар күшін сезіп, оған төтеп бере алған. Нәтижесінде біреулері одан мәңгілікке бас тартып, басқалары одақтас етіп алды.

Ключевые слова: ішімдік, маскүнемдік, нашақорлық, әлеуметтік-медициналық аспектілер, статистика,

Кіріспе. Қазіргі заманғы Қазақстанда маскүнемдік мәселесі алдыңғы қатардағы мәселелерге жатқызылады. 2018 жылдың тізбесінде Қазақстан 34 орын алды. Еліміздегі ересек әр азаматқа орта есеппен жылына ішілген 11 литр этил спиртінен келеді екен. Немесе 50 бөтелке жарты литрлі арақтан. Нәтижесінде Қазақстан Орта-Азия аумағындағы ең көп ішімдік ішетін ел болып отыр.

Әйелдер маскүнемділігі мәселесі қоғамдық ғылымдардың зерттеу пәні болып табылады. ДДСҰ мәліметтері бойынша елдер мен әйелдер маскүнемділігінің қатынасы орта шамамен 5:1 құрап, бұл ара-қатынас екі есе қысқарған. Бүгінгі күні Қазақстанда ішімдікті қабылдайтын адамдардың арасында, 65% - ерлер, 35% - әйелдер құрайды.

Жұмыстың мақсаты: Қарағанды облысындағы әйелдер маскүнемділігінің әлеуметтік-медициналық аспектілерін және маскүнемділікпен ауру динамикасын зерттеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері: Жұмысты орындау барысында Қарағанды қаласындағы әйелдер маскүнемділігін талдау үшін 2014-2018 жылдардағы мәліметтерге статистикалық, динамикасын бақылау үшін тарихи әдістер қолданылады. Сонымен қатар әйелдер арасында сауалнама түріндегі әлеуметтік әдіс пайдаланылады.

Зерттеу нәтижелері мен оны талдау:

1)Зерттелетін кезең ішінде наркологиялық диспансерге

маскүнемдікті емдеу үшін медициналық көмекке жүгінгендердің саны азайды. Егер 2014 жылы маскүнемдікті емдеуге 174 әйел келсе, 2018 жылы бұл көрсеткіш 147 құрады. Маскүнемдікке шалдыққан респондент әйелдердің 85,3% түрлі созылмалы ауруларға шалдыққан, ал олардың 40,6% жыныстық аурулармен ауырады. Ішімдікке салынған әйелдерде ішпейтін әйелдерге қарағанда түрлі жыныстық аурулар 2,5 есе жиі кездеседі.

2) Маскүнемдікті емдеу үшін әйелдердің 43% туыстары оларды наркологиялық диспансерге ертіп әкелген. Әйелдердің 23%-өз беттерінше, ал 24% медициналық қызмет көмегімен келген. Өз нұсқасын 10% зерттелетіндер айтқан: қызымның сұрауы бойынша, кездейсоқ, әріптеспен бірге.

Қорытынды: Маскүнемдіктің медициналық-әлеуметтік аспектілерін талдап, маскүнемдік гуманитарлық мәселе бола тұрып, өмірдің барлық аспектілеріне зардабын тигізетіні туралы қорытынды жасауға болады. Осылайша осы жұмысты аяқтай келе, әйелдер маскүнемдігін зерттеліп, қойылған мақсат орындалғанын айтуға болады.

Маскүнемдік науқастың әлеуметтік алшақтауына алып келеді. Оның отбасылық, қызметтік және қоғамдық байланыстары үзіледі. Сондықтан психотерапевтикалық шаралардың маңыздылығына көңіл аудартқымыз келеді.

Пайдаланған әдебиеттер тізімі

1. Егоров А.Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности// Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2002. - № 2. - С. 78-80.
2. Короленко Ц.П. Личность и алкоголизм// Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. – Новосибирск, Наука, 2007.
3. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // В кн.: Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1.- М.: Медпрактика-М, 2002. - С. 203-232.
4. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. «Клиника алкоголизма» Издание второе. - Л., 1973.
5. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь.//В сб.: Алкоголизм. Под. ред. Портнова А. А. – М., 1959. – С. 53-61.
6. Гукасян А. Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов,— М.; Медицина, 1968. –362 с.
7. Кириченко Л. Ф. Некоторые данные о заболеваемости хроническим алкоголизмом.— В кн.: Алкоголизм. Киев, 1970, с.

- 10-8. Горюшкин И.И. Механизмы алкоголизма: регуляционно-структурные отношения (патогенез, диагностика, лечение), монография, М.: Спутник+, 2008. - с.137-151.
9. Проблемы, связанные с потреблением алкоголя, в группах высокого риска:
отчет об исследовании ВОЗ. Под ред. М. Плант. — Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1991. С. 14-19.
10. В.Г., Копыт И. Я. Факторы, приводящие к злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма. – Здравоохран. Российск. Федерации, 1975, № 6, с. 22-26.
11. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин // Л.К. Шайдукова. - М., 2006. - 329 с.
12. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи// Казанский мед. журнал. - 1993 - №5 - С.360-362.
13. Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. - Казань, 1994. - С. 230-233.
14. Кошкина Е. А., Спектор Ш. И., Сенцов В. Г., Богданов С. И. «Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма» – Санкт-Петербург, ПЕР СЭ, 2008 г.- 288 с.

УРОВЕНЬ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ишахат А.Ә.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.
НАО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: Изучена распространенность туберкулеза среди взрослого и детского населения Акмолинской области. Выделены районы с эпидемиологическим риском и эффективные меры по выявляемости.

Ключевые слова: туберкулез, сельское население, распространенность.

Введение: Туберкулез как социально обусловленное заболевание продолжает оставаться серьезной проблемой в Казахстане и в мире, занимая первое место в структуре причин смертности от инфекционных заболеваний [1].

Согласно Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы, несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости более чем на 9% ежегодно, смертности – более чем в 2 раза за 5 лет), по данным 2014 года Казахстан среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза занимает 7 место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 102 место[2].

Цель работы: оценка выявляемости туберкулеза среди сельского населения Акмолинской области и ее распространённость среди детского и взрослого населения.

Материалы и методы: Объектом исследования были отчетные формы Противотуберкулезного диспансера Акмолинской области за 2015-2018 годы.

Результаты и обсуждение: Анализ показал, что за период 2015-2018 годы отмечается снижение заболеваемости туберкулезом на 44 %, по смертности на 23 %. При этом, ситуация в определённых районах Акмолинской области по отношению к снижению роста заболеваемости туберкулёзом практически не изменяется. К таким районам с высоким уровнем эпидемиологической ситуации относятся Целиноградский, Бурабайский и Зерендинский.

Случаи смертности от туберкулеза среди сельского населения Акмолинской области были зафиксированы в Ерейментауском и Сандыктауском районах, около 60% случаях больные умирали от рецидивов ТБ, имеющие также сопутствующие заболевания, страдали алкоголизмом и нарушали режим лечения. В 10% случаях умирали больные с хронической формой ТБ, в 30% случаях были больные с поздней диагностикой.

Практика показывает, что наиболее эффективный метод обнаружения заболевания туберкулеза является процедура флюорографии. За период 2013-2017 годы наибольшая динамика снижения и возрастания численности выявленных больных туберкулезом посредством флюорографии наблюдалась в Бурабайском и Целиноградском районах. Данные показатели указывают на недостаточную и неэффективную работу по профилактике борьбы с туберкулезом, учитывая, что показатели снижения в вышеуказанных районах имеют минимальный спад в количественном отношении.

К примеру, если в 2013 году в Бурабайском районе было выявлено 100 человек, заболевших туберкулёзом, то в 2017 году было выявлено 46 больных. Безусловно, тенденция снижения заболеваемости туберкулезом прослеживается, однако по сравнению с другими районами Акмолинской области, количество выявленных больных в Бурабайском районе наиболее высокая.

Мероприятия по проведению прививок у детского населения, также выявляет среди детей чувствительный контингент. Статистика выявленных случаев болезни туберкулезом среди детей Акмолинской области при пробах Манту за период 2013-2017 годы показал динамику снижения, и по выявляемости они чаще регистрировались в Бурабайском и Зерендинском районах.

Вывод: Таким образом, на сегодняшний день прослеживается динамика роста и снижения распространённости и заболеваемости туберкулеза в районах Акмолинской области среди сельского населения. Основными вопросами для разработки мер, направленных на снижение заболеваемости и распространённости туберкулеза в Акмолинской области выступают: проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, повторным заболеванием туберкулезом (рецидивы), а также туберкулез у детей и подростков. При этом, стоит отметить, что основным методом выявления туберкулеза продолжает оставаться профилактическая флюорография, которая выявляет до 70% больных. Система контроля и надзора за уровнем заболеваемости требует мониторинга его во всех возрастных группах населения, оценки эффективных мер профилактики с учетом комплексных программ, а также региональных особенностей ее распространённости в районах Акмолинской области.

Список литературы.

Скак К., Нуртазина Ж.Б., Табриз Н.С. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью // Наука и Здравоохранение № 6.-2016 г.-с179-180.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулык" на 2016 - 2019 годы // <http://adilet.zan.kz>.

Асемгалиев Д.Ж. Проблемы противотуберкулезной службы на современном этапе // Вестник КазНМУ, № 2.-2013 г.-с.104-106.

ПРОГНОЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Б.К.Исамагов¹, А.О.Куралбек², М.Б.Сатыбалды², А.Е.Кенжебек²,
Н.М.Мукашева², Ахтаева Н.С.¹

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Ж.Ж.Жолдыбай^{1,2}

¹АО «Национальный медицинский университет», Казахстан,
г.Алматы

²АО «Казахский НИИ онкологии и радиологии», Казахстан,
г.Алматы

Аннотация. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является одной из важнейших проблем онкологической службы мира и Казахстана. Проведен регрессионный анализ показателей заболеваемости и смертности. По результатам прогностического теста на 2018 – 2022 годы ожидается рост показателя заболеваемости и снижение показателя смертности в Республике Казахстан.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома, заболеваемость, смертность, прогноз

Введение. ГЦК - наиболее распространенное первичное злокачественное новообразование печени (до 95%), характеризующееся прогрессирующим ростом, поздней выявляемостью, неблагоприятным прогнозом и низкой выживаемостью [1, 2]. Ежегодно во всем мире регистрируется более 600 000 впервые выявленных случаев ГЦК [3]. Последние годы (2013 - 2017 гг.) в Казахстане отмечается повышение показателей заболеваемости ГЦК до 5,5 случаев на 100 тыс. (%₀₀₀) населения, а показатель смертности остается на высоком уровне [4].

Цель исследования. Провести прогностический тест показателей заболеваемости и смертности ГЦК в Республике Казахстан на период 2018 – 2022гг.

Материалы и методы. Анализ основан на официальных данных Комитета по статистике и данных электронного регистра онкологических заболеваний по РК за 2007-2017 годы. Были использованы пакеты SPSS и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. Для проведения прогноза показателей заболеваемости и смертности ГЦК на 2018 – 2022 гг. был проведен регрессионный анализ.

Коэффициент аппроксимации R^2 по показателям заболеваемости и смертности составил 0,64 и 0,92 соответственно, а стандартная ошибка R^2 составил 0,23% и 0,15% соответственно ($p=0,017$; $p<0,001$), т.е. стандартная ошибка R^2 меньше 15%. Проверка значимости модели регрессии проводилась с использованием F – критерия Фишера.

При использовании полиномиальной кривой второй степени для построения линии тренда по показателям заболеваемости ГЦК 2007 – 2017 гг. был получен нарастающий тренд, что прогнозирует рост заболеваемости ГЦК последующие 5 лет. Также для показателя смертности был построен линейный тренд, который имел нисходящую линию, что прогнозирует снижение смертности последующие 5 лет.

Выводы. Таким образом, по данным регрессионного анализа и построения линии тренда, результаты прогностического теста показали дальнейший рост показателя заболеваемости и снижение показателя смертности ГЦК у обоих полов в последующие 5 лет в стране.

Литература:

1. Брей Ф. Переходы в развитии человека и глобальное бремя рака / Ф. Брей, Б. Стюарт – Лион: IARC Press, 2014. - 42 - 55с.
2. Kulik LM, Evaluation and management of hepatocellular carcinoma. / L.M. Kulik, A. Chokechanachaisakul - Clin Liver Dis – 2015 (19). - 23-43р.
3. Masao Omata, Asia–Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma / Masao Omata, Ann-Lii Cheng, Norihiro Kokudo et al . - Hepatol Int., 2017 (11) - 317–370р.
4. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2007-2017гг (статистические данные) — Алматы – КазНИИОиР - 2008 – 2018 – 150-192с.

ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНАН ӨЛІМ ҚАУПІНІҢ СУММАРЛЫҒЫН АНЫҚТАУ ҮШІН SCORE ШКАЛАСЫ

Бекжан Д.Д

Ғылыми жұмыстың жетекшілігі: Жакетаева Н.Т.

Қарағанды Медицина Университеті

Бұл жұмыс жүрек қан-тамыр ауруларын өлім қауіпін суммарлығын анықтау тақырыбына арналған. SCORE шкаласы және басқада әдістермен анықтау қарастырылады.

Кілт сөздер: жүрек қан-тамыр ауруы, SCORE шкаласы, қауіп қатер топтары.

Кіріспе. Жүрек аурулары, әр түрлі аурулардың асұынуынан немесе жүрек және қантамыр жүйесі қызметі бұзылуы мен зақымдануынан пайда болатын аурулар. Жүрек ауруларының жиі кездесетін түрлері: ревматизм, гипертония, жүрек ақауы, жүрек демікпесі, жүрек және қан тамыр неврозы, миокард инфарктысы, гипотония және т.б.

Жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары елімізде адам өлімінің себептері арасында бірінші орынға шығып отыр. Атеросклероз, гипертония ауруы, жүректің ишемиялық ауруы адамзаттың "көтерілісшіліктері" деген атқа ие болған. Осы топтан тысқары эндокардиттер, миокардит және жүрек жетіспеушіліктері де қаралады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, жыл сайын әлемде 18 миллионға жуық адам жүрек ауруларының салдарынан көз жұмады. Ал Қазақстан халқы жүрек-қан тамырлары ауруларынан қаза болатындардың саны жағынан ТМД бойынша көш басындағы елдердің қатарында тұр.

Дүниежүзі бойынша жүрек-қан тамыр аурулары өлім себептерінің бірі болып таңылады: жыл сайын жүрек-қан тамыр ауруларынан қайтыс болған адамдардың саны ұлғайып барады. Бұл мәселе төмен және орта табысты дәрежедегі әртүрлі мемлекеттерде тіркеледі.

Сондықтан жүрек-қан тамыр аурулары қазіргі заман қоғамы үшін әлеуметтік, медициналық және экономикалық маңызы жоғары мәселе болып отыр.

Мақсаты: Қарағанды қаласында 40 және 50 жас аралығындағы тұрғындарының сырқаттанушылығын зерттеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері.

Жұмыстың орындау барысында келесі әдістер орындалады.

Әдеби көздерге шолу және талдау. Қарағанды облыстық медицина орталығындағы мәліметтер қолданылады.

Жұмыстың нәтижелері мен оны талдау: Қарағанды жүрек қан-тамыр ауруларының өсуін жәйсіз экологиялық факторлар және зиянды әдеттермен байланыстыруға болады. Зерттеу жұмысы көрсеткендей, жүрек қан-тамыр аурулары зиянды әдеттердің, яғни шылым шегудің әсері бар, және зерттеу жұмысын жасау кезінде мен қан қысымы, холестерин және жас, шылым шегу, шекпеу көрсеткіштерін қолдандым. Сол жүргізген зерттеу жұмысы арқылы көп адамда жүрек қан-тамыр ауруларымен ауруына үлкен қауіп бар екенін көрсетті.

Қорытынды: Зерттеу жұмысы кезінде, мен 40 және 50 жас аралығындағы науқастардың анализдері бойынша жұмыс жасадым. Онда маған керек болған мәліметтер оның холестерині, қан қысымы, жынысы және оның жасы. 40 және 50 жас аралығындағы шылым тартатын ер адамдарды алдым. Олардың саны 60 болды, және сол 60 адамның жартысынан көбісінде 1% және 2 % көрсеткішті көрсетті. Ал 20 % -30 % көрсеткіш 5 % жоғары болды. 1 %-2 % көрсеткіш ол төмен дегенді білдіреді, ал 5 % жоғарғы көрсеткіш. Сондықтан айтылған жастағы пациенттер арасында профилактикалық қараулар өткізу керек.

Пайдаланылған әдебиеттер.

1. ДДҰ өңірлік бюросының өлім-жітім жөніндегі Еуропалық деректер базасы.
2. Статистикалық жинақ "ҚР халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының 2011 жылғы қызметі". — Астана: 2012 ж.
3. . Еуропалық кардиологтар қоғамы Конгресінің ресми материалдары (Мюнхен, 30 тамыз – 3 қыркүйек 2008 ж.), <http://www.escardio.org>
4. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы. Әлемдегі Денсаулық Сақтау Жағдайы Туралы Баяндама 2002. Қауіп-Қатерді Төмендету, Салауатты Өмір Салтын Насихаттау. Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы: Женева, 2002.
5. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Ресейдің еңбекке жарамды халқының жүрек-қан тамырлары және басқа да созылмалы инфекциялық емес ауруларынан өлім // кардиоваскулярлық терапия және алдын алу.. – 2002. – №3. – С. 12-13.
6. Тюгесеном. К., С. Дж. Алперт, АҚ н. Д. және соавт.; миокард инфарктісін қайта анықтау бойынша ESC/ACC/ANA/WHF бірлескен мақсатты тобының атынан. Миокард инфарктісін эмбебап анықтау. Еуро Жүрек J 2007; 28 (20): 2525-2538; Таралымы 2007; 116: 2634-2653.

7. Статистикалық жинақ "ҚР халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының 2011 жылғы қызметі". — Астана: 2012 ж.
8. "Валеология" Ж.Ж. Жатқанбаев
9. Ж.Б. Ахметов "Паталогиялық анатомия" -1993
10. Л.З. Тель, Е.Д. Даленов "Валеология" Астана, 2001.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОНМК Г. КАРАГАНДЫ ЗА 2017-2018 ГГ.

И.А. Иманалиева

Научный руководитель: Преподаватель кафедры общественного здравоохранения Н.Ж. Ердесов

Медицинский университет Караганды, Республика Казахстан

Согласно официальной статистике за период 12 месяцев 2017 года в стационарах РК всего было пролечено 41293 пациентов с ОНМК, что, по сравнению с аналогичным периодом 2016 года больше на 2,5%. Наиболее высокие цифры отмечаются в Павлодарской области – 330,5; Карагандинской – 309,7. [4].

Из всех заболевших 53% составляют мужчины и 47% женщины; наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдается в возрастной группе от 41 до 60 лет – 37%, затем от 61 до 70 лет – 31%, от 71 года и выше – 28%. При этом заболеваемость в наиболее социально-активном и трудоспособном возрасте составляет 68 % [4].

Ключевые слова: ОНМК, заболеваемость, анализ, инсульт, половозрастной состав.

Цель работы: Провести анализ заболеваемости ОНМК.

Материалы и методы исследования: Данные на основе работы «Республиканского координационного центра по проблемам инсульта» за 2016-2017 гг. Также материалом послужили данные докторской диссертации под руководством к.м.н. Сергалиева Т.С. Использовались статистические данные населения г. Караганды за 2018 год Комитета по статистике РК.

Использовались статистические методы с помощью прикладных программ Statistica 12, и Ms Excel.

Результаты и обсуждение: Общая заболеваемость ОНМК в период 2017-18 годов г. Караганды составило 284 на 100 тыс. населения, из всех заболевших 3921 единиц.

Наибольшее число случаев по районам у женщин отмечается: Новый город- 617, Майкудук- 524, Юго-Восток- 459. Наибольшее количество случаев по районам у мужчин: Майкудук -349, Новый город-330, Юго-Восток- 328. Средний возраст всех инсульт больных составляет 64, а наиболее частым возрастом является 79. Высокий показатель случая ОНМК 601 из 1566 у мужчин приходится возрасту от 50 до 64, у женщин 886 случаев из 2355 наблюдается в возрасте от 65 до 70. По МКБ наибольшее количество случаев 2525 из всего 3921 приходится на инсульт, который не уточнен как кровоизлияние или инфаркт (164) в основном в возрасте от 65 до 70, второе по лидерству 1257 приходится на переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) (G.45) в основном в возрасте от 50-64. Стоит отметить, что показатели в обоих случаях более выражены у женщин.

Также вызовы СМП с ОНМК по г. Караганда за период 1 января 2018 года и 12 марта текущего года составило в целом 3762 единиц из них были госпитализированы 3176. Что показывает незначительное снижение случаев с ОНМК.

Выводы: Подтверждаются высокие показатели заболеваемости в социально-активном и трудоспособном возрасте. Стоит отметить высокие показатели ОНМК у женщин. Известно, что инсульт является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения. Установлено что, мировая заболеваемость, инвалидность и ранняя смерть в следующие 15 лет (к 2035 году) удвоится [2].

Заключение: Подтверждается неизменность актуальности заболевания ССЗ и ОНМК. Менее значительное снижение случаев с ОНМК порождает вопрос о повышении эффективности работы с населением о данном заболевании.

Литература:

- [1]- Global Status Report on non-communicable diseases 2014; WHO.
- [2]- State of the Nation; Stroke statistics - February 2018; © Stroke Association, 2018.
- [3]- Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы 111 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23.

[4]- Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. Республиканский координационный центр по проблемам инсульта АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан. Динамика развития инсультной службы РК.

[5]- Гусев Е.И., Скворцова Л.В., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России // Consilium medicum неврология. – М.: 2003. - №3. - С. 5–7.

[6]- Ж.Д. Тургумбаева, К.У. Акынбеков, Д.Д. Тургумбаев/ Структура заболеваемости и факторы риска мозгового инсульта в г. Бишкек по данным регистра.

[7]- Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3, №3. – С. 6-9.

[8]- Машин В. В. Инсульты: статистика и актуальность для нашей страны // Неврология и ревматология. – 2014.- №2. – С. 24-25

[9]- Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учебное пособие для практических занятий/ Под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 256с.

[10]- Стародубцева О. С., Бегичева С. В. Анализ заболеваемости инсультов с использованием информационных технологий // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8 (часть 2) – С. 424-427.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ПРИВИВКАМ

Юн Лилия Витальевна

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры
общественного здравоохранения №1, Байгулова Гульдана Беяловна
Медицинский университет Астана

Аннотация: В статье представлены результаты социологического опроса об отношении населения к вакцинации. Особое внимание уделено мнению населения о пользе и вреде прививок. Также в статье рассматривается такой вопрос, как отказ населения от плановых профилактических прививок и их причины.

Ключевые слова: прививки, вакцинация, иммунизация, отказ от вакцинации, иммунопрофилактика.

Введение: Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием. По данным ВОЗ, ежегодно в мире около 1,4 миллиона детей до пяти лет умирают от вакциноуправляемых заболеваний [2]. Важное значение в предупреждении инфекционных заболеваний имеет уровень информированности населения, однако наличие отказов от прививок свидетельствует о необходимости усиления разъяснительной работы в части солидарной ответственности граждан за общественное здоровье [3;4;1]. Отказ от вакцинации действительно имеет место в Казахстане. Вследствие отказов от профилактических прививок только за 2017 год заболели коклюшем 12 детей, столбняком-2, 50% больных корью не привиты из-за отказа родителей.

Цель: Изучить отношение населения к профилактическим прививкам.

Материалы и методы: В социологическом опросе участвовали 186 респондентов из них 68% женщин и 32% мужчин. В возрастной группе до 20 лет (12%), с 20-29 лет (32%), с 30-39 лет (26%), старше 40 лет (30%). Социологический опрос проведен среди медработников, учителей, домохозяек, юристов, государственных служащих, инженеров, бухгалтеров. Опрос родителей осуществлялся по разработанной нами анкете.

Результаты и обсуждение: В результате социологического опроса выявлены следующие данные: Большинство респондентов (66%) положительно относятся к вакцинации, 34% - отрицательно.

Причинами отказа является недоверие медицинскому работнику (9%), по религиозным соображениям (4%), прививки оказывают вредное влияние на здоровье (23%), вакцина может вызвать осложнения (23%), негативная информация о качестве прививок (41%). Главными источниками получения информации о прививках является: 33% - от медработника, 41% - из СМИ, 14% - от знакомых, 12% - в социальных сетях. Мнение родителей о пользе профилактических прививок, 64% считают да, ребенок защищен от инфекционного заболевания, 19% - не знают, 17% - нет никакой пользы. Некоторые родители считают, что кроме пользы прививки приносят и вред: да, снижает иммунитет (8%), да, появляется аллергическая реакция (35%), не знаю (34%), нет (23%).

Выводы: Анализируя данные наших анкет, мы узнали, что многие родители 66% положительно относятся к вакцинации, но есть и те, кто отказываются от иммунизации, основными причинами отказа является дезинформация о качестве вакцин в СМИ 41%. Абсолютное большинство респондентов 64% считают, что благодаря вакцинации, ребенок защищен от инфекционного заболевания.

Заключение: В современных условиях жизни, практически всегда имеется реальная возможность быстрого распространения возбудителей различных инфекций, как среди взрослого, так и среди детского населения[5]. Поэтому отказ родителей от профилактических прививок детям остается насущной проблемой вакцинации. Существует достаточно высокая потребность родителей в дополнительной квалифицированной, достоверной информации по вакцинопрофилактике. Профессиональная деятельность специалистов среднего звена, имеющих отношение к вакцинопрофилактике, не всегда соответствует ожиданиям потенциальных пациентов.

Список литературы:

1. Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации: качественный анализ биографических интервью. Теория и практика общественного развития. 2014; 20: 208–211.
2. ВОЗ|Иммунизация. <http://www.who.int/topics/immunization/ru/>
3. Мац А.Н. Врачам об антипрививочном движении и его вымыслах в СМИ // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6. № С. 12–35.

4.Мац А.Н., Гольдштейн А.В. Возражения на антипрививочную дезинформацию и вымыслы // Вакцины и вакцинация: Национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Б.Ф. Семенова, Р.М. Хайтова. М., 2011. С. 224–249.

5.Онищенко Г. Г., Ежлова Е. Б., Мельникова А. А. Актуальные проблемы вакцинопрофилактики. Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии 2014; 1: 9–19.

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫН АУМАҒЫНДАҒЫ ТРАНСПОРТТЫҚ ШУДЫ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Жұмағазы С.Е, м.ғ.к. Абитаев. Д.С
КеАҚ ҚМУ.

Аннотация :Физикалық факторлар бойынша экологиялық ортаның жағдайына баға берілді Қарағанды қаласының басты магистральдарына жақын тұратын халыққа көлік шуының әсерін субъективті бағалу.

Түйін сөздер: қоршаған орта шуы, транспорт шуы, магистраль, дыбыс деңгейі, шу өлшегіш.

Өзектілігі. Қазіргі уақытта әртүрлі қалаларда халықтың 30-дан 50% - ға дейін нормативтен тыс шудың әсеріне ұшырап тұр. Шудың әсерінен тұрғындардың 45% - да ыңғайсыздық сезімі пайда болады. Шудың әсерінен "Шу ауруы" пайда болады. Соңғы 10-15 жылда қала тұрғындарына әсер шу деңгейі 1,5 есеге өсті [1].

Шудан ластану бүкіл әлем бойынша ірі қалаларда маңызды проблема болып табылады [2]. «шу шабуылы» Еуропадағы басты экологиялық мәселерінің бірі болып табылады. Сарапшылардың бағалауы бойынша Еуропа тұрғындарының шамамен 20% шудың өрескел деңгейіне ұшырап тұр [3].

Жұмыс мақсаты: Қарағанды қаласының тұрғын аудандарында шудың ластану деңгейін зерттеу.

Зерттеу істерінің материалдары мен әдістері: Зеттеу Қарағанды қаласының орталық көшелерінде жүргізілді. Өлшеулер "СВАН" және "ОКТАВА+" шу өлшегіш қолданды.

Өлшеулер жыл мезгілінің жылы кезеңінде, 3 күн бойы әр 3 сағат сайын қаланың көшелерінде МЕСТ 20444-85 сәйкес жүргізілді.

Зерттеулер жұмыс күндері жүргізілді. Көлік бірліктерінің сандық есебі хаттамаға жазылады.

Нәтижелер және талқылау. Қарағанды қаласындағы негізгі шу көздерінің бірі - автокөлік. Зерттеу кезінде магистральдардағы қозғалыс қарқындылығы Қарағандыда 850-1400 бірлік/сағ құрады. Ең жоғарғы автокөлік қарқындылығы орталық көшелерде болды олар: Бұқар - Жырау даңғылы-1450 б/сағ, Н.Әбдіров даңғылы – 1260 б/сағ, Ленин көшесі - 950 б/сағ, Гоголь көшесі - 925 б/сағ.

Жалпы қалалық магистральдарда 1 сағат ішінде автокөліктің саны 900-ден 1500-ге дейін өтетін көшелерде шудың көрсеткіші шамамен 78-85 дБА құрайды, ең жоғары дыбыс деңгейі 90-92 дБА жетеді. Ол санитарлық нормативтеден 20-25 дБА-ға асып тұр. Ең үлкен мәндер сағат 7.00-ден 11.00-ге дейін және "қарбалас сәтте" - сағат 18.00-ден 19.30-ға дейін тіркелген.

Қорытынды: Қарағанды қаласының шудың негізгі көздерін зерттеу нәтижелері автокөлік болып табылады, оның қарқындылығы үнемі артып келеді. Шудың ең үлкен деңгейі 75-85 дБ сағатына орташа қарқындылығы 750-1000 мың автокөлік бірліктері және одан да көп қалалардың магистральды көшелерінде белгіленеді.

Әдебиет:

1.А.Ж. Аюпова, Г.Ж. Шарипова, А.С. Сарсенова, Н.Б. Молдагулова, К.А. Кулжанова. Создание консорциума микроорганизмов на основе активных штаммов-нефтедеструкторов для биоремедиации нефтезагрязненных почв // Вестник науки КАУ им. С.Сейфуллина. – 2013. - №4 (79). – С.62-68

2.А. З. Миндубаев, Д. Г. Яхваров. Биодеградация ксенобиотиков //Бутлеровские сообщения Т.33.-2013.-№3.-С.1-37

3.А.Ф. Надеин. Удаление нефтепродуктов из сточных вод и отходов с использованием биопрепаратов на основе нефтеокисляющих микроорганизмов // Вода: химия и экология -[№ 6, -2010.](#) - С. 25-29

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ АРАСЫНДАҒЫ ТУА БІТКЕН ДАМУ АҚАУЛЫҚТАРЫНЫҢ ЖИІЛІГІ МЕН ТАРАЛУЫ

Қожахметова Ү.А

“Астана медицина университеті” АҚ

Түйіндеме: Мақалада жаңа туылған нәрестелер арасындағы туа біткен ақаулықтардың жиілігі мен таралуы қарастырылған, сондай-ақ олардың ұрықта қалыптасу қауіп факторлары анықталды.

Түйінді сөздер: жаңа туған балалар, туа біткен ауытқулар, аурушандылық.

2010 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы даму кемістігі бар балалардың денсаулығын біріншілікті алдын алуға және нығайтуға жәрдемдесуге шақыратын резолюция қабылдады [2]. ДДҰ мәліметтеріне сәйкес, әлемде жыл сайын ТБА бар балалар 4-6% дүниеге келеді, бұл ретте өлім-жітім 30-40% - ды құрайды. Жаңа туған нәрестелер арасында өмір сүрудің бірінші жылы ішінде анықталатын ТБА жиілігі 5% - ға жетеді [1,3]. Мақсаты: Жаңа туған балалар арасында ТБА таралуы мен жиілігін бағалау.

Зерттеу әдістері: сауалнама жүргізу, статистикалық, ретроспективті әдістер, ақпараттық-аналитикалық. Зерттеу нәтижелерінде, зерттелетін кезеңде алғаш рет тіркелгендердің барлығы республика бойынша жалпы 18048,7 науқасты құрайды, оның ішінде 13983,16 (77,4%) – балалар, жасөспірімдер - 3637,78 (20,15%) және 426,6 (2,36 %) – ересектер. Астана қаласындағы үш перинаталдық орталықтарда жаңа туған нәрестелер арасындағы ТБА жиілігі 2014-2018 жылдар аралығында 132962 бала туылғаны анықталды, олардың ішінде жалпы есепке алынған ТБА-ның 1625 жағдайы тіркелді. Зерттеу нәтижесінде ұрықтың туа біткен даму ақаулықтарының қауіп факторлары арасында негізгі топтардан бірінші орында дәрілік препараттарды қабылдау 29,1% (бақылау тобы 24,8%), жіті респираторлық инфекциялар екінші орында 21,3% (бақылау тобы 12,6%).

Нәтиже: Қазақстанда Республикасында балалар арасында таралу жиелі белсенді орын алуда. Астана қаласындағы үш перинаталдық орталықтарда жаңа туған нәрестелер арасындағы жалпы есепке алу ақауларының базалық жиілігі 12,2 ‰ құрады.

Қауіп факторларын талдау кезінде ТБА дамуына әсер етуші, бұл жүктілік кезінде ананың тұмаумен және тұмауға ұқсас инфекциямен ауыруы. Жүктілік кезінде антибиотиктерді қабылдаған әйелдерде туа біткен даму кемістігі бар балалардың туу ықтималдығы жоғары болады. Қорытынды: Республикадағы ТБА жиілігін төмендету үшін алдын алу іс-шаралары кешеніне ТБА жетекші факторларын жоюды енгізу қажет.

Әдебиеттер тізімі:

1.Божбанбаева Н.С., Урстемова К.К., Дуйсенбаева М.К., Карибаева Д.К., Умарова Г.А. «Врожденные пороки развития в структуре мертворождаемости и летальности новорожденных детей г. Алматы»// Научно-практический журнал «Вестник КазНМУ»//26.11.2012

2.Пороки развития. Информационный бюллетень ВОЗ №370 Январь 2014

3.Селютина М.Ю., Евдокимов В.И., Сидоров Г.А. «Врожденные пороки развития как показатель экологического состояния окружающей среды»// Белоруссия 2014// Научная электронная библиотека «Киберленинка» №11 (86)// Выпуск 26// стр173-178

УРОВЕНЬ САНИТАРНЫХ ЗНАНИЙ О МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НАСЕЛЕНИЯ Г.КАРАГАНДЫ

Я.А. Еремеева

Научный руководитель: О.К. Жамантаев
НАО Медицинский Университет Караганды

Аннотация:Проведено социологическое исследование населения для оценки уровня санитарных знаний. Опрошено 300 респондентов методом случайной выборки. По результатам проведен анализ и сделаны выводы. Уровень знаний о менингите и менингококковой инфекции оказался невысок.

Ключевые слова: Санитарные знания, менингококковая инфекция, профилактика, анкетирование, менингит.

Введение: Менингококковая инфекция - антропонозное острое инфекционное заболевание, протекающее в виде назофарингита, менингококцемии, гнойного менингита, и других, редко встречаемых форм. Случаи заболеваний менингококковой инфекцией имеют цикличность. Самым широко известным в обществе видом заболевания, вызванным менингококковой инфекцией, является менингит. Информирование населения об опасностях менингококковой инфекции, о возможных путях заражения и методах профилактики, является важной частью системы охраны здоровья граждан Республики Казахстан. [1,2,3]

Цель работы: Цель – проанализировать уровень санитарных знаний населения города Караганды об опасностях менингококковой инфекции и методах профилактики.

Материалы и методы исследования: Было проведено анкетирование взрослого населения, в количестве 300 человек в медицинских организациях и учебных заведениях. Анкета полностью анонимная, содержит 16 вопросов.

Результаты и обсуждение исследования: Возраст респондентов был в диапазоне от 18 до 78 лет. Средний возраст составил 35 лет. Половое соотношение количества женщин к мужчинам составляет 59:41, соответственно. Из респондентов 40.2 % имеют полное высшее образование, 16.3% неполное высшее, среднее профессиональное образование имеют 28.7%, 14.8% имеют среднее образование. Анализ данных показал, что 91% опрошенных слышали о таком заболевании как «Менингит». По результатам 68.3% считают, что заразиться менингококковой инфекцией возможно в общественном месте. Преобладающее большинство респондентов (56%) считает, что можно заразиться от больного человека. Большинство, в качестве главного признака менингита назвали: сильную головную боль – 78%. При вопросе о профилактике, 48.7% респондентов отметили вакцинацию, 42.4% затруднялись ответить. К сожалению, только 50.6% респондентов проявили желание вакцинироваться, а остальные отказались от идеи вакцинации. Основной причиной отказа была боязнь возможных побочных эффектов – 39.46%.

Выводы: Санитарные знания населения города Караганды, об опасностях менингококковой инфекции и методах ее профилактики, оказались недостаточны.

Результаты показывают, что население не имеет полного представления о путях передачи, и профилактике менингококковой инфекции. К сожалению, большой процент респондентов не желал вакцинироваться, аргументируя это боязнью побочных эффектов. Заключение.

Для обеспечения безопасности здоровья населения, необходимо, активизировать работу по санитарному просвещению.

Список использованной литературы:

- [1] Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией Методические указания МУ 3.1.2.2516—09 Москва 2010
- [2] Lee H. Harrison, Caroline L. Trotter, Mary E. Ramsay Global epidemiology of meningococcal disease. Vaccine 2009
- [3] Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов / И. С. Королева и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2006. - № 4. - С. 16-20.
- [4] Анализ и уроки летальных исходов менингококковой инфекции у детей / Н. В. Скрипченко и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. г -2009. -№5.-С. 31-34.
- [5] Всемирная Организация Здравоохранения. //Информационный бюллетень. 2012. – №141.
- [6] Тутаева Е.Н. «Совершенствование диагностики серозных менингитов». – Алматы: 2013. – С.6.
- [7] Hanieh S. Streptococcus pneumoniae carriage prevalence in Nepal: evaluation of a method for delayed transport of samples from remote regions and implications for vaccine implementation. // PLoS One. - 2014. - №9(6). - С. e98739.
- [8] Vazquez J.A., Taha M.K., Findlow J. et al. Global Meningococcal Initiative: guidelines for diagnosis and confirmation of invasive meningococcal disease // Epidemiol. Infect. 2016. Vol. 144.
- [9]. Centers for Disease Control and Prevention. Meningococcal disease // Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 13th ed. / ed. by J. Hamborsky, A. Kroger, C. Wolfe. Washington, DC: Public Health Foundation, 2016.
- [10] Клинико-эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции у детей / Г. А. Харченко [и др.] // Лечащий врач. 2017. № 2. С. 15–23.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ НАО МУК и КарГУ

А.М. Магавина к.м.н., и.о.профессор С.Р.Жакенова
НАО Медицинский Университет Караганды

Аннотация. Считается, что уровень медицинской грамотности выше среди людей с медицинским образованием, что позволяет им повысить МГ населения. В этом исследовании изучался уровень МГ среди студентов двух университетов разного профиля.

Ключевые слова: медицинская грамотность, уровень заболеваемости, знания, студент, профилактика.

Введение. Медицинская грамотность – это комплекс знаний, который состоит из таких немало важных аспектов как грамотность людей, мотивация и компетентность, и социальных навыков, которые нужны для изучения медицинской информации.[1] Одно из главных условий – это чтобы у пациента была развита речь. [2] Уровень медицинской грамотности населения Казахстана составляет 20%, по сравнению с Сингапуром, где тот же показатель равен 92%.[6] Следствием низкого уровня медицинской грамотности является высокая заболеваемость среди населения страны. По данным МЗ РК в 2017 году у граждан были диагностированы следующие заболевания: болезни органов дыхания 42,9%, болезни органов пищеварения 7,8%, болезни системы кровообращения 4,5 %, болезни нервной системы 3,4%, инфекции 2,3% и др.[5] Эти данные указывают на то, что не всё население РК не знает или не соблюдают меры профилактики различных заболеваний. Компетентность в медицинских вопросах формирует здоровье и благополучие людей.[3]

Знания и умения дают возможность человеку перемещаться внутри трех сфер пространства здоровья: в качестве пациента, в качестве лица группы риска, в качестве гражданина в системе укрепления здоровья в обществе.[4]

Цель. Изучить уровень медицинской грамотности среди студентов НАО МУК и КарГУ.

Материалы и методы. изучение литературы, анкетирование, анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования был проведен анонимный социологический опрос среди студентов двух университетов. Была использована короткая версия анкеты HLS-EU-Q(HLS-EU-A-QSF12). Результаты были проанализированы статистическим методом с помощью MS Excel. Шкала медицинской грамотности ранжируется от 0(низший уровень) до 50 (наиболее высокий). Индекс МГ среди студентов с 1 по 5 курс КГМУ равен 33,4. А среди студентов КарГУ индекс медицинской грамотности равен 18,3. Общий индекс МГ равен 25,9.

Выводы. Анализ данных показал, что уровень медицинской грамотности зависит от сферы образования. У студентов медицинского университета уровень МГ, относительно обучающихся в гуманитарном университете, выше в 2 раза.

Заключение. Заболеваемость среди населения РК довольно высокая. Для повышения уровня МГ знаний в сфере медицины рекомендуется проводить просветительные работы в виде семинаров, курсов, различных тренингов, вебинаров, и других познавательных мероприятий, на которых будут обсуждаться и разбираться вопросы по медицинской грамотности. Всё это должно проводиться с участием специалистов здравоохранения.

Список литературы

- 1.«Вестник КазНМУ»/ «ГРАМОТНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»/ Б.С. Турдалиева и др./2014
- 2.«Медикер»/№4(19) декабрь 2014/ «Health literacy – медицинская грамотность. Что это?» / Жантуриев Б.
- 3.Медицинский вестник Северного Кавказа № 4/ «Медицинская грамотность(компетентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья»/ К. Р. Амлаев и др. /2012
- 4.www/sciencedirect.com/ «Evaluation of instruments to assess health literacy in Arabic language among Iraqis»/ Ali Azeez Al-Jumaili/2015
- 5.stat.gov/kz/официальная статистическая информация/ здравоохранение/структура заболеваемости населения по основным группам болезней/2017
- 6.365info.kz/журнал «Центр Азии»/ «Знания казахстанцев о своем здоровье ужасают специалистов»/ Ермек Иргалиев/2016

О МОДЕРНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РК

Тусупов Т.А., Казырова Н.Д.
научный руководитель к.м.н., ассоциированный профессор
Мациевская Л.Л.
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация: Описаны результаты дискуссии, проведённой методом фокус-группы среди преподавателей НАО МУК. Обсуждены вопросы реформирования сестринского дела и образования в РК. Отмечена целесообразность соответствия реформ нуждам здравоохранения и социокультуральным аспектам.

Ключевые слова: реформа сестринского дела, дорожная карта сестринского образования, делегирование полномочий.

Введение. Перед здравоохранением Казахстана поставлены цели внедрения новых компетенций специалистов сестринского дела, реорганизация медицинских колледжей страны, реформирование сестринского образования в медВУЗах, а также разработка и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в стране [2, 4, 6, 7, 10].

Цель. Групповая дискуссия методом фокус-групп проведена для изучения проблемы модернизации сестринского дела и образования в РК [1, 8].

Материал и методы. Фокус-группа проведена с участием преподавателей двух кафедр медицинского университета Караганды. Составлен пул актуальных вопросов по модернизации сестринского дела и образования в стране.

Результаты и обсуждение. Подтверждена необходимость изменения функций медсестры с делегированием бакалавру сестринского дела некоторых полномочий врача. Сама модернизация идёт недостаточно согласованно, и судьба выпускников академического бакалавриата не определена, они вынуждены работать обычными медсёстрами, в их квалификации имеются явные клинические пробелы, из-за чего может страдать и их преподавательская деятельность [3,5]. Многим «новым» медсестрам не делегируют новые полномочия, что вызывает у выпускников медВУЗов некоторый пессимизм .

Обозначена проблема весомой разницы образовательных программ сестринского дела в различных медВУЗах страны, в результате обучения по которым выпускники имеют различные уровни подготовки и навыки. Выпускники зачастую работают в практике обычными медицинскими сестрами, хотя их клиническая практика невысока [3, 5]. Также «медицинский ВУЗ не может подготовить хорошего менеджера».

К сожалению, научные работы магистрантов сестринского дела содержат в основном социологические и статистические исследования, а по-настоящему они должны иметь клиническую направленность. Также фокус-группа отметила отсутствие информации о реформах сестринского дела в практическом здравоохранении.

Заключение и выводы. Реформы сестринского дела и сестринского образования проходят очень обособленно и нечутки к нуждам общественного здравоохранения. Существующая дорожная карта реформирования не вполне отвечает организационным и социокультуральным аспектам казахстанского здравоохранения [10]. Дискуссия обозначена как полезная, т.к., она поможет преподавателям более осмысленно внедрять инновации в образовательную программу сестринского дела в медВУЗе.

Список литературы:

1. Белановский А. Метод фокус-групп. М.:Никола-Медиа, 2001.-280с.
2. Вахитов Ш.М. Теоретические предпосылки обеспечения успешности реформирования здравоохранения // Роль сестринского образования в сфере менеджмента здравоохранения: Мат. научно-практ. конф. Махачкала: Лотос, 2007.-С. 57-58.
3. Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Анализ программ обучения студентов факультетов высшего сестринского образования: проблемы и пути их решения // Главная медицинская сестра. 2008. - № 5.- С. 96-100.
4. Горохов М.С., Корнеев М.Л. К вопросу о подготовке сестринских кадров // Медицинская сестра. 2007.- № 1. - С. 31-34.
5. Двойников С.И. Обеспечение качества образования // Главная медицинская сестра. 2005. - № 10.- С. 133-139.
6. Иванченко Н.Н., Павлова А.П., Мартыкенова Д.С., Юсупова Н.С., Касиева Б.С.. Анализ реформирования сестринского дела в Республике Казахстан. Вестник КазНМУ, №2(4)- 2014.- с.135-137.
7. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2011-2020годы (Проект).

- 7.Крюгер Р., Кейси, Мэри Энн. Фокус-группы. Эргодизайн образовательного пространства. Практическое руководство.: пер. с англ.-М.:Вильямс,2003.-256с.
- 8.Лагун А. Онлайн фокус-группы как новый метод исследований в сети Интернет. Маркетинг и маркетинговые исследования в России. 2001.- №2.- С.-21-24.
- 9.Karlberg, I. at al. /Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries/, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. — 181p.

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ЭТИКАЛЫҚ ҚҰҚЫҚТЫҚ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТЫ САРАПТАП БАҒАЛАУ.

Омар Ә.Т

Ғылыми жетекші: м.ғ.к Султанов А.К

Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы

Қарағанды Медицина Университеті,Қарағанды қаласы

Аннотация:Медициналық заңнамалар денсаулық сақтау саласындағы негізгі нормативті-құқықтық базаны , денсаулық сақтау жүйесін жоспарлау, ұйымдастыру және адам ресурстарын басқарудың негізгі мәселелері.

Кілт сөздер: Құқықтық қарым-қатынас, Медициналық қызметкер, Нормативті-құқықтық база, Денсаулық сақтау жүйесі, Заңнама

Кіріспе:Бүгінгі Қазақстанда экономикалық концепцияның тез дамуына байланысты, нарықтық қатынастың барлық деңгейдегі мамандар мен басшылардың алдына өте жоғары талаптар қойылады. Олар тек жоғары кәсіпкерлігімен емес, сонымен қатар денсаулық сақтау саласындағы заңнамаларын жақсы меңгере отырып денсаулық сақтаудағы заңнамалардың теориялық негіздерін білу әрбір маманның кәсіпкерлік дайындығында ең қажетті негізі болып табылады.

Соңғы кездері көп елдерде дәрігерлермен басқару жөніндегі мамандар арасында келіспеушілік жиі кездеседі.Басшы қызметіндегі дәрігерлердің басқарудың теориясы мен практикасынан білімдерінің тайаздығы, ал басқару жөніндегі мамандардың денсаулық сақтау

жүйесінің ерекшеліктерін толық түсіне білмеуі денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық көмектің сапасының төмендеуіне әкеліп соқтыруда.

Мақсаты. Денсаулық сақтау саласындағы құқықтық қарым-қатынастардың қалыптасу шараларын бағалау.

Зерттеудің міндеті.

1) денсаулық сақтау саласының қызметкерлері мен науқастардың арасында қарым-қатнастардың этикалық мәдениеттілігін талдап бағалау;

2) денсаулық сақтау саласындағы қызметкерлермен науқастардың арасында этикалық мәдениеттілігін жоғарылату мақсатында ұсыныстар беру.

Зерттеу материалы мен әдістері.

1. статистикалық әдіс

2. сауалнама жүргізу

3. Медицина қызметкерлері мен науқастар

Зерттеу қорытындысы: Жүргізілген сауалнаманың қорытындысын

талдау барысында денсаулық сақтау саласындағы

қызметкерлермен науқастардың арасындағы этикалық

мәдениеттіліктің бұзылуының негізгі себептерінің бірі дәрігерлердің

уақыттарының жетіспеушілігінен аса көңіл бөлмеуі - (42,6%), ал

(72,6%) – дәрігердің қабылдауын көп күтудің салдарынан десе,

респонденттердің (78,4%) – мынадай мамандардың невролог,

эндокринолог, кардиолог қабылдауына айлап күтетіндіктерінен десе,

(43,2%) – дәрігерлердің кәсиби деңгейінің төмендігінен деп жауап

берді. Осындай жағдайлардың тіркелмеуі үшін, науқастардың

сенімділігін жоғарылату мақсатында дәрігерлердің құзыреттілігін

үнемі жоғарылата отырып, дәрігерлердің жүктемесі мен жұмыс

кестесін дұрыс қоюды ұсынамыз.

Әдебиеттер тізімі.

1. Абашин, Н. Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса) / Н. Н. Абашин // Пробл. социальной гигиены и история медицины. — 1998. — №5. — С. 31—34.

2. Андреева, О. В. Индикативное планирование как инструмент совершенствования государственного управления в сфере здравоохранения / О. В. Андреева // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — 2008. — № 6. — С. 28—33

3. Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема / Н. Л. Антонова // Известия Уральского государственного университета. 2007. — № 51. — С. 168—179.
4. Астафьева, Н. Г. Оценка удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием в стационаре медико-санитарной части / Н. Г. Астафьева, Н. В. Китавина // Главврач . — 2005 . — № 5. — С. 57—61.
5. Ацель, Е. А. Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е. А. Ацель, А. В. Фомина // Современные исследования социальных проблем. — 2013. — № 1 (21).
6. Баранская, Л. Т. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области : монография / Л. Т. Баранская, А. Г. Леонов, С. И. Блохина. — Екатеринбург : СВ-96, 2005. — 128 с.
7. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : рук-во для врачей / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. — М., 2002. — 440 с.
8. Волчанский, М. Е. Социология конфликта в медицине : автореф. дис. . д-ра мед. наук / Е. М. Волчанский. — Волгоград, 2008. — 48 с.
9. Ефименко, С. А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С. А. Ефименко // Социология медицины. — 2006. — № 1. — С. 9—14.
10. Карташов, В. Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность / В. Т. Карташов // Здравоохранение. — 2008. — № 5. — С. 29—38.

МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА О ВНЕДРЕНИИ МИС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тұрар О.А., Тұрсынбет Е.А., PhD,
декан послевузовского образования
НАО «Медицинский университет Астана»

Ведение. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық», предполагает реформирование системы здравоохранения путем совершенствования и приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи [3]. Согласно мировому опыту решение проблем со здоровьем на первичном этапе оказания медицинской помощи является экономически более эффективным [4].

Сегодня время пребывания пациентов в ожидании специалиста должно рассматриваться как проблема менеджмента и здравоохранения в целом. Недостаточно правильно организованное регулирование потока пациентов представляет собой значительное ограничение способности медицинских организаций обеспечивать высокое качество медицины [1].

Поэтому в рамках Государственной программы реализуется проект «Поликлиника без очередей», по результатам которого с 2016 г. в ряде поликлиник были внедрены медицинские информационные системы (МИС) для обеспечения максимальной доступности и улучшения качества медицинских услуг населению [2].

Обоснованных с точки зрения проведенных исследований данных эффективности использования таких технологий сейчас практически отсутствуют. В этой связи необходимо изучение мнения медицинского персонала о внедрении МИС в сфере здравоохранения.

Цель: Выявить факторы, влияющие на эффективность процесса управления потоками посетителей.

Материалы и методы. Данные социологического опроса персонала амбулаторно-поликлинических организаций г.Астана.

Результаты. Был проведен социологический опрос среди персонала некоторых медицинских организаций (МО) г. Астана: городской поликлиники №8 и №10. В анкетировании приняло участие сто три

сотрудника МО, из них 3 представителя администрации МО, 40 врачей, 46 лиц среднего медперсонала и 14 сотрудников из других категорий персонала

Выводы. Основная часть опрошенных респондентов из числа персонала поликлиник были женского пола (89%). Средний возраст составил – 46 лет. Большинство опрошенных сотрудников МО (82,2%) отметило положительное влияние МИС на проблему очередей в поликлинике.

Заключение. МИС – это современный инструмент для эффективного управления потоками пациентов, однако реализация значимых положительных реформ в деятельности МО возможна при учете различных факторов.

Список литературы:

1. [Jarvis P.R.](#) Improving emergency department patient flow// *Clinical and Experimental Emergency Medicine*. – 2016. – №3(2). – С. 63-68;
2. Бралов А.З. Опыт внедрения «Triage-системы» на базе Городской поликлиники №10 г. Астаны// *Medicine (Алматы)*. – 2016. – №12(174). – С. 28-30;
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы;
4. Степчук М.А. Развитие перспективных направлений амбулаторной помощи. Научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – №6 2014.

Ключевые слова: поток посетителей, ПМСП, МИС, операционный менеджмент, ИТ

ПРИЧИНЫ ТЕКУЧЕСТИ КАДРОВ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ Г. КАРАГАНДЫ

Серикова Салтанат Нуржановна, магистрант специальности «сестринское дело» НАО «Медицинский университет Караганды»
Кулов Дюсентай Баркенович, научный руководитель, д.м.н. профессор кафедры общественного здравоохранения НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация: Все организации в той или иной степени сталкиваются с таким явлением как текучесть кадров. Научно обоснованное определение термина «текучесть» приведено в работе Ю. Г. Одегова: «Текучесть представляет собой неорганизованное и неконтролируемое движение рабочей силы, обусловленное нарушением пропорциональности в системе конкурентоспособности внутреннего рынка, а именно, наступлением дисбаланса между корпоративной конкурентоспособностью персонала и конкурентоспособностью работника» [1].

Ключевые слова: текучесть кадров, сестринский персонал, поликлиника, амбулаторий, трудоустройство.

Введение. Причинами текучести кадров являются следующие факторы: уровень зарплаты, стабильность выплат, психологическая атмосфера в коллективе, справедливость формирования зарплаты, карьерный рост. Эти факторы относятся к категории внутренним, которые возникают в организации. Также есть личностные факторы, которые связаны непосредственно с работником предприятия: возраст, уровень образования и квалификации, опыт работы и так далее. [2]

Цель: проанализировать причины текучести кадров сестринского персонала в амбулаторно-поликлиническом звене.

Материалы и методы исследования. В исследовании было проведено анонимное анкетирование сестринского персонала всех должностей в Поликлиниках № 3 и 5 города Караганды. Было охвачено 331 человек, согласились заполнить анкету 170 респондентов с обеих поликлиник.

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено, что 98% опрошенных являются женщины; по возрасту на

первом месте находятся работники от 21 до 25 лет – 24%, далее идет персонал в возрасте 46-50 лет – 17%, 26-30 лет – 12%, меньше всего работников в возрасте 61-65 лет – составляет 1%, 20 лет и ниже составляет 4%; по семейному положению на первом месте женатые и замужние – 52%, на втором месте холостые и не замужние – 34%, на последнем месте вдовцы и вдовы – 6%. 65% опрошенных ответили, что их доходы являются основными в семье. 86% респондентов ответили, что они удовлетворены своим рабочим местом. 54% опрошенных ответили, что не поменяли бы место работы, если улучшили бы рабочее место, но уменьшили заработную плату, 39% ответило да, поменяли.

Вывод. Очевидно, что причинами текучести кадров являются не только заработная плата, но и приверженность работников к профессии, особенно приверженность к организации, коллективу, психо-эмоциональный климат среди коллег, внимание руководителей к своим работникам.

Список литературы

- 1.Одегов, Ю. Г. Оценка эффективности работы с персоналом: методологический подход: Уч.-практ. пособие / Ю. Г. Одегов, К. Х. Абду-рахманов, Л. Р. Котова. — М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2011. — 470 с.
- 2.Гусева А. В. Изучение основных причин текучести кадров в коммерческих организациях и методы предотвращения текучести кадров / «Молодой учёный» - № 15 (149) - Апрель 2017 г. – стр. 360

QUIT SMOKING!

Prepared by: Abzhapparova.Z.B

Place of work: 2nd year student of the NCJSC “Medical University Astana”.

Phone: 8778 629 20 36

Scientific adviser: Senior Lecturer of the Department of Public Health №1 Berdalieva.L.S

Annotation. In the thesis, the task is to consider the harm of smoking to the human body, as it is shown that smoking is the main cause of diseases and premature mortality of the nowadays people. On the basis of the conducted research, the author gives definitions about the dangers of smoking.

Key words: Tobacco, problem, smoking, diseases, student.

Introduction. Smoking is an international problem and the annual consumption of cigarettes in the world increases by 2.1%. Worldwide, people smoke more than 15 billion cigarettes a day. This is 750 million packs, mountains of cigarette butts and other debris. In my work, I want to prove that smoking is a dangerous weapon that destroys health, ruin and death. With my work I want to draw attention to the problems of smoking students.

Objective: to study the harmful effects of tobacco products on human life, to identify students' attitudes towards smoking.

Research materials: Students of the NCJSC "Astana Medical University" and students from other universities and residents of the city of Astana are the main object of study.

Research methods: Work with the scientific literature, student survey, observation, analysis of the results.

Results: For the implementation of the study, a survey was conducted for 168 people and the following answers were received: Most of the respondents were from 14 to 18 years old — 25 people, from 18 to 25 years old — 128 people, from 25 years old to 30 years old — 15 people. The vast majority of respondents — 79,4% - female, 20,6% — males. 87.5% of the respondents are students of the «Astana Medical University» and 12.5% are students of other universities. To the question “Does smoking affected the functioning of the heart?” 86.5% of respondents said that smoking affects the functioning of the heart, and 9.6% answered “no”. The share of frequent smokers was 5.7%, rarely smokers 2.9%, non-smokers 91.4%.

The result of the survey showed that 92.1% answered that smoking caused damage to the body, shortens life, and 7.6% consider smoking tobacco harmless to health. According to the results of a sociological survey among the youth of Astana, in which 26 people participated, the following were revealed: 17 smokers, non-smokers made up 9 people. People call the main reason for smoking “curiosity, interest in the smoking process” - so 12 respondents answered, “stress, depression, the emergence of a difficult life situation” named 8 respondents as the reason, among other reasons, the following were named: “to grounup” “Fashionable” - so answered 6 people.

Conclusions. Our study showed that among students, 18.2% tried to smoke, but now they do not smoke. From the data of a sociological survey of the adult population, we found that smoking has a negative effect on the life processes of the human body, and as it turned out, people are aware of this.

Literature

Novak, L. A. Cossack kuren. Book-album / L.A. Novak, N.G. Fradkina. - M .: Rostov book publishing house, 1995.

<https://www.oum.ru/literature/zdorovje/vred-kureniya/>

http://www.russlav.ru/tabak/kurenje_podrostkov.html.

Novak, L. A. Cossack hut. Book-album / L.A. Novak, N.G. Fradkina. - M .: Rostov book publishing house, 1995.

Yu. Antosheva. Is life without cigarettes real? / Yu. Antasheva // First of September. Children's health. - 2010.

<https://xsmoker.ru/faq/o-vrede-kurenya/>

Dalke, Rudiger Disease as the language of the soul. Psychology of smoking. Through the test / Rudiger Dalke, Margit Dalke. - M .: IG "All", 2009.

<http://kurszdorovia.ru/vred/kurenje/vred-tabakokurenja>

<http://www.ozhegov.org/words/28422.shtml>

Kiyanova, And. B. God's Drugstore. Against bad habits. Alcoholism, drug addiction, smoking, game addiction, computer addiction M .: Publishing House of the Orthodox Brotherhood of St. John the Divine, 2010.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ТРУДА ЖЕНЩИН РАБОТАЮЩИХ В ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ОТРАСЛИ

Ломакина Е.Б.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.
АО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: неблагоприятными факторами условий труда женщин, работающих в железнодорожной отрасли высокие физические нагрузки, тяжесть труда, выполнение производственной деятельности в быстром темпе.

Ключевые слова: женский труд, железнодорожный транспорт, здоровье, условия труда, профессиональный риск.

Введение: Высокий профессиональный риск работников транспорта обусловлен эксплуатацией технологического оборудования и средств транспортного передвижения, выполнением всех видов ремонтных работ, сопровождающихся выделением различных аэрозолей, шумом, вибрацией, физическими и нервно-эмоциональными нагрузками, неблагоприятным микроклиматом и др., что приводит к развитию как специфических, так и неспецифических заболеваний [1,2].

Цель: Субъективная оценка условий труда и их влияния на состояние здоровья работающих женщин.

Материалы и методы: Объектом исследования были 104 работницы компании «Казахстан Темир Жолы». Профессиональный состав был представлен мойщицами подвижного состава, наполнителями кислородных баллонов, аккумуляторщиками. Проводился опрос по особенностям условий их труда, характеру выполняемой работы, основным признакам утомляемости и т.д.

Результаты и обсуждение: Несмотря на то, что у 59,4% женщин состояние здоровья было «хорошее», 26% работниц оценили свое состояние здоровья как «плохое», более 76,6% при этом работали в неудобной рабочей позе, 64,5% - находились в вынужденном положении тела с применением ручных инструментов, 59% - выполняли производственную деятельность в быстром темпе. Работа выполнялась стоя у 80,8% женщин. Ранние признаки усталости женщины отмечали уже в начале смены (16%), в середине смены уже более 40% опрошенных. Усталость регистрировалась ими чаще в мышцах спины и реже в мышцах всего тела.

Основные жалобы были на боли в поясничной области (в 35% случаях); боли внизу живота (в 26% случаях), общая слабость (в 18,0% случаях). Более 42% женщин считали, что состояние их здоровья в основном зависит от воздействия комплекса неблагоприятных факторов, и более трети опрошенных воспринимали воздействие отдельных факторов производства, как утомляющие и трудовая деятельность требовала от них напряжения. Вывод: Организация производственного процесса и условия труда оказывают неблагоприятное воздействие на состояние здоровья женщин.

Основными неблагоприятными факторами являются тяжесть труда и высокий темп работы, что способствует развитию ранних признаков утомления.

Список литературы.

1.Капцов В.А., Панкова В.Б. Оценка профессионального риска работников транспорта// Гигиена и санитария. - №1. – 2011 г. - с.54-57.

2.Фесенко М.А. Профессиональная обусловленность заболеваний репродуктивной системы у работниц, занятых во вредных условиях труда// Ж. Анализ риска здоровью. – 2017. - №3. – с.92-100.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА.

Жанабергенова С. А., Иралина Р. В., Кравченко К. В.
Руководитель Турдыбекова Я.Г., ассистент кафедры Акушерства,
гинекологии и перинатологии

Медицинский Университет Караганды

Аннотация. Факторы риска развития остеопороза в постменопаузе известны, однако изучение факторов риска развития низкой МПК в пременопаузе и ее распространенность недостаточно.

Ключевые слова: остеопороз, остеопения, менопауза, минеральная плотность кости, денситометрия.

Введение. Главным в развитии остеопении (ОП) и ее прогрессировании в остеопороз (ОПЗ) является недостаточное накопление МПКТ к периоду, соответствующему 35 годам.

Женщины с ОПЗ в постменопаузе чаще страдали остеопенией в период отсутствия менструации. [1,2]. Ежегодная потеря костной массы с наступлением климакса увеличивается втрое [3].

Цель: оценить МПКТ у женщин разных возрастов на территории Центрального Казахстана.

Материалы и методы: Оценены обследования 225 женщин в возрасте от 18 до 86 лет (Средний возраст 47 лет $\pm 0,8$), которых распределили по 3 возрастным группам: 1- 18-45 лет, 2 - 46-55 лет, 3-старше 56 лет. Всем проводили остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости (аппарат "NorlandXP800"), оценивали индекс МПК. Статистическая обработка проводилась пакетом "Statistica-Stat-6,0.

Цель: оценить МПКТ у женщин разных возрастов на территории Центрального Казахстана.

Материалы и методы: Оценены обследования 225 женщин в возрасте от 18 до 86 лет (Средний возраст 47 лет $\pm 0,8$), которых распределили по 3 возрастным группам: 1- 18-45 лет, 2 - 46-55 лет, 3-старше 56 лет. Всем проводили остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости (аппарат "NorlandXP800"), оценивали индекс МПК. Статистическая обработка проводилась пакетом "Statistica-Stat-6,0.

Результаты и обсуждение: Мы изучили 225 результатов обследований женщин в возрасте от 18 до 86 лет (в среднем $47,0 \pm 0,8$ лет), среди которых было 41(18,2%) в 1-й гр., 46 (20,4%) во 2-й гр., и 138 женщин (61,3%) в 3-й гр. Женщины в постменопаузе оказались старше на 11 лет ($p < 0,001$). В результате исследования снижение МПК встречается в 35,1% случаев. ОП в 8,7% случаев, а ОПЗ в 26,4% случаев (в 2,9% во 2-й гр. и в 23,5% случаев в 3-й гр.). Наличие остеопении во всех группах может быть связано с коротким периодом светового дня и снижением синтеза витамина Д, традиционной привычкой питания.

Выводы: проблема остеодефицита актуальна. И хотя, 1 стадия развития этого системного заболевания скелета асимптомна, но имеет грандиозное значение для раннего выявления и профилактики будущих осложнений.

Заключение: Обследуя женщин с гинекологической патологией, следует помнить о риске развития ОПЗ, направлять женщин на обследования для исключения ОП.

Список литературы:

1. [Association between low lean body mass and osteoporotic fractures after menopause / R.F. Capozza// Menopause.-2008.-Vol.15, № 5.-P.905-913].
2. [Change in bone mineral density and its determinants in pre- and perimenopausal Chinese women: the Hong Kong perimenopausal women osteoporosis study / S.C. Ho, S.C. Chan, //Osteoporos. Int.-2008.-Vol.19, №12.-P.1785-1796].
3. [Developmental origins of osteoporosis: the role of maternal nutrition /C. Cooper, N. Harvey, // Adv. Exp. Med. Biol.-2009.-Vol.646, №1.-P. 31-39].
4. [Современные подходы к лечению больных с преждевременным выключением функции яичников. / Марченко Л.А.,//Пробл. репрод.2004.-№4.-С.15-20].

УРОВЕНЬ ПРОИЗВОДСТВЕННО- ОБУСЛОВЛЕННЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНО- ОБОГАТИТЕЛЬНОГО КОМБИНАТА

Мухамбетова А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.
НАО «Медицинский Университет Астана» г.Астана

Аннотация: Неблагоприятные условия труда работников горнодобывающей промышленности связано с тяжелым физическим трудом, напряженностью труда, сочетанным воздействием вредных факторов.

Ключевые слова: вредные факторы, горно-рудная отрасль, временная утрата трудоспособности, профессиональная заболеваемость.

Введение: За последние годы отмечается рост общей и профессиональной заболеваемости среди рабочих горнорудной промышленности. По данным Национального центра гигиены труда

и профессиональных заболеваний, за последние пять лет лидирующее место в РК занимают профзаболевания работников горнорудной промышленности (69,5%)[1].

Условия труда работников горнорудных шахт оцениваются как вредные с высокой степенью тяжести, сочетанным воздействием вредных факторов(шума, вибрации, неблагоприятного микроклимата и напряженности труда), рабочей среды и трудового процесса [2].

Целью работы была оценка уровня производственно - обусловленных профессиональных заболеваний у работников горнорудной отрасли.

Материалы и методы исследования: Материалом анализа были отчетные данные периодического медицинского осмотра (ПМО) и данные заболеваемости ТОО «Корпорация Казахмыс» «Жезкентский ГОК». Профессиональный состав был представлен следующими профессиями: проходчики(20 чел.), подземные крепильщики(30чел.), машинисты горно-выемочных машин(МГВМ15чел.), электрослесари(20чел.), подземные горнорабочие(80чел.), взрывники(15чел.), инженерно-технические работники (ИТР20чел.).

Профзаболевания были распределены по нозологическим формам в зависимости от этиологического фактора, по степени тяжести, по вредному стажу и по ранговому положению классов болезней.

Данные профессиональных заболеваний обрабатывались при помощи статистического метода исследования и представлены в виде диаграмм.

Результаты и их обсуждение. Данные свидетельствовали, что на предприятии, на первом месте лидируют заболевания от воздействия промышленных аэрозолей – 48% (80 человек), на втором месте в 37% случаях представлены в основном заболеваниями от воздействия физических факторов, среди которых большую часть составляет вибрационная болезнь – 30% (50 больных), а нейросенсорная тугоухость 7% (12 больных), на третьем месте заболевания, связанные с физическим перенапряжением, что составило 14% (24 больных); по стажу больные с впервые выявленными профессиональными заболеваниями распределены были на три группы, среди которых большая часть представлена была со стажем работы во вредных

условиях от 20 лет и более - 55% (60 больных); по степени тяжести 1 группу составили проходчики (53 %), подземные крепильщики – 3.3 класс вредности; 2 группа (39%) – машинисты МГВМ, буровых установок – 3.2 класс вредности.

Вывод. На основании полученных результатов исследования установлено, что на рабочих местах работников предприятия присутствуют целый комплекс неблагоприятных производственных факторов, что приводит к росту и тяжести диагноза профессионального заболевания.

Список литературы:

1. Аманбекова А.У., Джакупбекова Г.М. Актуальные вопросы профессиональной патологии в Казахстане // Медицина и экология. - 2018. - №3. - с.15-16.
2. Захаренков В.В. Оценка профессиональной заболеваемости работников горнорудной промышленности // Медицина труда и промышленная экология. - 2015. - №9. - с.56-57.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Тайлакова Д.К.

Научный руководитель: к.м.н., профессор Шайзадина Г.Н.
НАО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: Неблагоприятными факторами условий труда медицинских работников являются высокие эмоциональные

нагрузки, высокое психофизическое напряжение и опасность инфицирования.

Ключевые слова: профессиональный стресс, напряженность, условия труда, здоровье.

Введение: Труд медицинских работников в инфекционных больницах сопровождается воздействием на них целого ряда неблагоприятных факторов: профессиональным стрессом, нервно-психическим напряжением, сменный режим труда, постоянный контакт с лекарственными средствами, с аллергенами, сенсibilизирующими, токсическими или раздражающими веществами, опасность инфицирования с зараженными

биологическими материалами, инфекционными больными и паразитарными заболеваниями [1,2].

Цель: Оценка профессионального стресса медицинских работников инфекционной больницы.

Материалы и методы: Исследования проводились у 76 медицинских работников инфекционных больниц города Астаны. Применялись методы: анкетирование «самочувствие, активность, настроение» В.А.Доскина; «реактивная и личностная тревожность» Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина; «Опросник Тэйлора» для определения тревожности и склонности к стрессу. Математико-статистическая обработка результатов проводилась по с использованием вариационной статистики. Достоверность различий оценивалась по общеизвестным критериям Стьюдента.

Результаты и обсуждения. При анкетировании выявлено эмоциональное напряжение исследуемых групп. Результаты исследования по методике «САН» были распределены по 5 возрастным группам: «20 - 30 лет» - 25, «30-40 лет» - 16, «41-50 лет»-17 лет, и старше 51 лет -18. Во всех возрастных группах в конце рабочей недели наблюдалось достоверное снижение самочувствия, активности при $p < 0,01$ и настроения при $p < 0,05$. Наблюдается рост личностной тревожности «30-40 лет» от 40,81 до 47,34- достоверно при $p < 0,01$. В возрастной группе «41-50 лет» ЛТ растет от 37,51 до 46,85 при $p < 0,05$. Показатель ЛТ в группе «51 и выше» растет от 32,00 до 37,67 при $p < 0,05$. Реактивная тревожность растет во всех группах, что свидетельствует о развитии эмоциональной нестабильности. Выводы: У медицинских работников достоверно снижаются показатели САН во всех возрастных группах, что свидетельствует об утомлении в конце рабочей недели.

ЛТ и РТ растет, что свидетельствует о высокой тревожности организма и приводит к усилению стресса, развитию дистресса и различным психосоматическим заболеваниям.

Список литературы.

Панков В. А., Кулешова М. В., Мещакова Н.М. и др. Профессиональный риск медицинских работников // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. №1 (71). – 2010. – С.49-53.

Куренков С.В. Современные подходы к противодействию синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников // Материалы Всероссийской научно- практической конференции «Наука и социум». – 2017. – С.88-92.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Бахтиярова Мереке Ажибековна¹, PhD-докторант,
Абабкова Майя Александровна², бакалавр сестринского дела,
Токмурзиева Гульнара Женисовна¹, д.м.н.,
Бодыков Гани Жандиярович², к.м.н.

КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения»,
ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии»
УЗ г.Алматы

Аннотация: Медицинская сестра в современном здравоохранении является равноправным партнером врача. В своём новом качестве медицинская сестра выступает в качестве менеджера, принимающего активное участие в рациональной организации сестринских процессов и принятии самостоятельных решений [1]. Анализ существующей системы контроля качества медицинских услуг на уровне специалистов сестринского дела выявил необходимость в совершенствовании технологий и инструментов оценки.

Ключевые слова: специалисты сестринского дела, внутренний аудит, контроль качества, инфекционный контроль, менеджмент в сестринском деле.

Введение. Внедрение системы контроля качества медицинской помощи с элементами стандартизации основных видов деятельности всех участников лечебно-диагностического процесса является основополагающим фактором улучшения показателей качества медицинских услуг [2].

Цель: оценка эффективности организационно-функциональной модели контроля и оценки деятельности сестринского персонала.

Материалы и методы. Проведен анализ форм сестринской документации; анкетирование.

Исследование проводилось на базе Центра перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы (далее – Центр). Для систематизации, анализа и статистической обработки создана электронная база данных «Check-листы персонала клиники по блоку инфекционного контроля и сестринского аудита» в программе «Microsoft Office Access 2010». Анкетированием охвачены специалисты сестринского дела - 200 чел.

Результаты и обсуждение. В Центре внедрена модель управления сестринской службой с введением в штатное расписание координатора развития сестринского дела и менеджера по качеству сестринских услуг; создана служба сестринского аудита; определен функционал и полномочия Мониторинговой группы; разработаны и внедрены документированные процедуры по международной системе стандартов Joint Commission International (JCI): check-листы для персонала, маршруты и карты аудитов.

По данным опроса: 88,9% отмечают эффективность работы Мониторинговой группы в обеспечении безопасности сестринских услуг; 86,5% удовлетворены объемом и качеством Check-листов персонала клиники по блоку инфекционного контроля и службы сестринского аудита.

Выводы. Внедрение организационно-функциональной модели контроля и оценки деятельности сестринского службы оценивается как эффективное.

Список литературы

Комплексный план развития сестринского дела в РК до 2020 года
Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Сафонова Н.Г., Маевская Н.В. Опыт организации внутреннего контроля качества медицинской помощи (на примере факультетских клиник ИГМУ)//АСТА BIOMEDICA SCIENTIFICA.-2017.Том2.-№2.-С63-69.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СЛУЧАЕВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Жалгасова Айгерим Ардаковна
студентка 4 курса «Общественное здравоохранение»
АО «Медицинский Университет Астана» г. Астана, Казахстан
Рахметова Бахытжан Тлепбековна
научный руководитель
АО «Медицинский Университет Астана» г.Астана Казахстан

Аннотация: Менингококковая инфекция - это сезонное заболевание. Для каждого региона и в целом по стране определяется пороговый уровень заболеваемости. Для Казахстана пороговый уровень составляет 2,1 случая на 100 тыс. населения, на сегодня уровень -

0,3, или 59 случаев. Для Алматы пороговый уровень - 4,1, на сегодня - 1,7, или 32 случая.

Это не вспышка, это сезонный подъем заболеваемости менингококковой инфекцией. Неустановившаяся погода, дождь, слякоть, холод способствовали смещению цикличности заболевания. Многолетняя динамика менингококковой инфекции показывает, что в летний период заболеваемость спадает до единичных случаев».

Ключевые слова: менингококковая инфекция, сезонность, пороговый уровень

Введение: менингит – воспаление оболочек головного мозга и спинного мозга, согласно статистике, ежегодно менингококковая инфекция поражает лиц всех возрастов, но чаще (70%) болеют дети. Показатель летальности составляет в среднем 10%, что определяет высокую социальную значимость заболевания. Капсульные штаммы менингококка в зависимости от химического строения капсульного полисахарида делятся на ряд серологических групп: А, В, С, Х, Y, Z, W-135, 29-Е, Н, I, К, L. [3].

Цель исследования: изучить и провести эпидемиологическую оценку и мониторинг случаев менингита в РК за 2015-2018годы.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ данных по санитарно-эпидемиологической ситуации в Республике Казахстан за 2015-2018 годы Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения и Департамента политики общественного здравоохранения, данные историй болезни инфекционных больных.

Результаты исследования и их обсуждение: заболевания, вызванные менингококковой инфекцией, регистрируются в Казахстане ежегодно, они характеризуются сезонностью в осенне-зимне-весенний период и цикличностью подъема заболеваемости каждые 3-5 лет. Последний подъем заболеваемости отмечался в 2015 году, когда заболело 424 человека, умерло 24 [1]. В этом году рост заболеваемости отмечается с 23 апреля, когда за неделю было выявлено 3 случая. Пик заболеваемости пришелся в период с 21 по 27 мая, было выявлено 15 случаев, из них 13 в Алматы, по одному в Алматинской и в Кызылординской областях. В настоящее время отмечается снижение заболеваемости в целом[1]. Согласно

рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и утвержденным в 2018 году правилам организации по управлению эпидемиями, при превышении эпидемического порога три случая в неделю на 100000 населения сначала проводятся противоэпидемические мероприятия, а затем при превышении порога 10 случаев в неделю на 100000 населения проводится вакцинация. Несмотря на спад распространения инфекции, рекомендуется соблюдать меры предосторожности - избегать мест массового скопления людей, плохо вентилируемых помещений. Необходимо больше гулять на свежем воздухе, соблюдать личную гигиену, часто проветривать и делать влажную уборку в помещениях. В качестве профилактики менингококковой инфекции рекомендуется избавляться от хронических заболеваний носоглотки: фарингитов, ларингитов, тонзиллитов. Учитывая внезапное начало заболевания и тяжесть течения менингококковой инфекции, необходимо как можно раньше обращаться к врачу, от этого будет зависеть результат лечения и исход болезни[3].

Согласно статистике, ежегодно около 1,2 млн людей заболевают менингитом. 1 из 10 заболевших погибает из-за быстрого развития болезни, каждый пятый переболевший становится инвалидом или имеет осложнения со здоровьем.

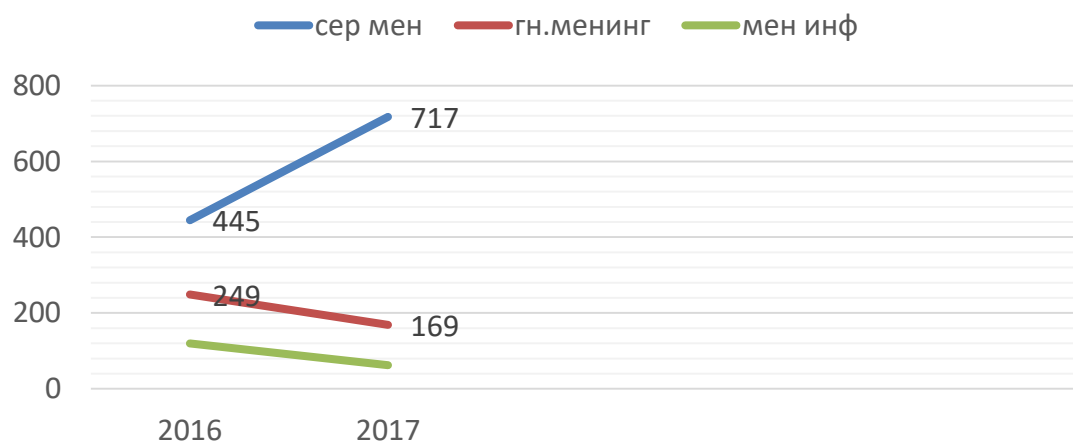
Можно ли назвать уровень заболевания менингитом в Казахстане эпидемией или же это уровень обычной для данной местности?

Заболеваемость менингококковой инфекцией носит волнообразный характер. Показатель периодически ползет вверх в течение нескольких лет, после наблюдается стабильный спад на протяжении 8-10 лет. [6 с33] В Казахстане от менингококковой инфекции в 2013 году заболело 117 человек, из которых умерло 18, в 2014 – 119/15, 2015 – 424/21, 2016-120/ 7, 2017-62/11, 2018 – 58/12. В среднем менее 2 случаев на 100 тысяч населения. В России этот показатель в среднем держится на уровне 5 случаев на 100 тысяч населения, в странах Европы до 3 заразившихся на 100 тысяч. Самый большой показатель у стран Центральной Африки – 20-25, доходя в неблагоприятные годы до 800 случаев на 100 тысяч населения. [1].



Казахстан располагает всеми возможностями для оказания помощи и проведения эпидемиологического расследования. Все службы в областях оборудованы, имеется хорошо оснащенная лабораторная база для диагностики заболевания, лечебные учреждения оснащены медицинскими препаратами для своевременного оказания помощи. Одним из профилактических мероприятий, рекомендуемых ВОЗ, является тщательное расследование и выявление очагов болезни, а также выявление контактных лиц, чем сейчас и занимается казахстанская сторона. На сегодня, по данным Комитета охраны общественного здоровья, выявлено уже 4136 контактных лиц. Все они, как отметили в Комитете охраны общественного здоровья, взяты под медицинское наблюдение и проходят все положенные профилактические процедуры. Помимо этого, в городе Алматы и Алматинской области ограничены все массовые мероприятия, а открытие летних оздоровительных лагерей перенесено до 18 июня. На территории Казахстана сегодня дифференцируются три серотипа менингококковой инфекции, где из 26 случаев в 16 выявлен серотип «А», в девяти случаях – «В» и только в одном случае – серотип «С». При этом у умерших был преимущественно выявлен серотип «А».

Сравнительные данные по заболеваемости менингитом населения РК за 2016-2017г.г.



Установлены пять причин смерти среди пациентов: несвоевременное обращение заболевших за медицинской помощью (упущено время), в четырёх случаях заболевшие обратились на вторые сутки, в одном случае больной студент обратился на четвёртые сутки и ещё в одном случае (ребёнок) обратились спустя 9 часов с момента заболевания; обращение за консультацией к частнопрактикующим врачам, недооценка состояния и несвоевременная дифференциальная диагностика менингококковой инфекции медицинскими работниками частных медицинских центров; тяжесть течения заболевания на фоне органной недостаточности (селезёнка); в двух случаях летального исхода среди детей предположительный фактор переохлаждения – посещение бассейнов.

По данным управления здравоохранения, из 41 заболевшего 18 держали пост, а это 44%, а из шести умерших трое держали оразу. 14 пациентов выписаны.

Выводы: в целях обеспечения проведения противоэпидемических мероприятий в целом по республике утверждено постановление Главного государственного санитарного врача РК "Об организации санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по менингококковой инфекции, которым даны поручения Управлениям здравоохранения, образования, Департаментам КООЗ областей гг. Астана и Алматы об обеспечении проведения соответствующих мероприятий. Учитывая, что в период священного месяца Рамадан большое количество населения посещает мечети, где не исключается скученность населения, проведена работа с религиозным объединением мусульман Казахстана и Комитетом по делам религий Министерства по делам религий и гражданского общества РК и поручено создание комфортных условий для проведения намаза (регулярного проветривания и влажной уборки с применением дезинфицирующих средств помещений всех мечетей республики) и информировании посетителей о необходимости при появлении первых симптомов заболевания обратиться к врачу и следовать всем его рекомендациям

Проводится санитарно-просветительная работа среди населения, в том числе в крупных торговых центрах, супермаркетах, объектах образования, а также через средства массовой информации и социальные сети. Все требования ВОЗ, которые необходимы для

купирования ситуации, в стране проводятся в полном объёме. Первый этап – это выявление очагов больных и определение круга контактных лиц, которые находились в тесном контакте с больными и проведение этим больным антибиотикопрофилактики под наблюдением медиков. Второе – диагностика. Третье – это квалифицированное лечение[2].
Заключение: таким образом, жители столицы активно прививаются от менингококка и ждут трехнедельный период, когда вакцина заработает, по мнению специалистов, болезнь с установлением хорошей погоды может отступить.

Литература:

1. Санитарно-эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан за 2015 год» – Астана. Комитет по защите прав потребителей МНЭ РК, РГП НА ПХВ «научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» КЗПП МНЭ РК 2015 – 251 с.
2. Эпидемиологический мониторинг за гнойными бактериальными менингитами в Российской Федерации: диссертация Королева М.А. Центральный Научно-исследовательский Институт Эпидемиологии]- Москва, 2014-176 с.
3. Демина А.В., Терновой В.А., Карташов М.Ю., Локтев В.Б. Молекулярно-эпидемиологическое расследование вспышки серозных менингитов в новосибирской области. бюллетень сибирской медицины. Москва 2016г.
4. Петрова И.С., Шишов А.С., Базарова М.В., Русанова С.А., Бургасова О.А., Бланк И.А., Лева В.Г., Шуренкова Е.Н., Москалева Е.И. Особенности течения энтеровирусных инфекций с менингитом у взрослых в эпидемическом сезоне 2013 года // эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. т. 18, № 3. с. 15-21.
5. Захарова Е.В. Острые менингиты у взрослых. Новосибирск 2007 г
6. Арова, А. А. Острые менингиты у детей: этиология, клинические аспекты, терапевтические подходы / А. А. Арова, В. А. Петров, Л. В. Крамарь // Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей: материалы Конгресса. 2008. - С. 19.

1. Королева И.С., Демина А.А., Платонов А.Е. и др. Эпидемиологический надзор за гнойными бактериальными менингитами: материалы 20-летних наблюдений// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2003. - № 5. - С. 10-13
2. Лялина Л.В., Мациевская Е.А., Ермакова М.В., Кошелева Л.П. Эпидемиологический надзор за гнойными бактериальными менингитами в Мурманской области. // 2-я Российская конф. "Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов". — М., 2008-С. 34
3. Ералиева Л.Т. Редкие виды бактериальных менингитов Педиатрия и детская хирургия 2009 №3(57) с-31-33
4. Богомоллов Б.П. Диагностика вторичных и первичных менингитов. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007; 6: 44-49.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УСЛУГ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛИ. НАДЛЕЖАЩАЯ АПТЕЧНАЯ ПРАКТИКА.

Калиева Аида Маратовна – студент Медицинского Университета
Астана, г.Астана, Республика Казахстан.
АРЫСТАНОВ Жалгаскали Мергалиевич - научный руководитель,
доктор фармацевтических наук, профессор кафедры «Фармация»
Медицинского Университета Астана, г.Астана, Республика
Казахстан.

В данной статье отражена обзорная информация о качестве и основных методах оценки услуг, предоставляемых объектами фармацевтической розничной торговли, действующих на территории Республики Казахстан и их соответствие требованиям Надлежащей аптечной практики.

Ключевые слова: услуги фармацевтической розничной торговли, управление и экономика фармации, аптеки, Надлежащая аптечная практика (GPP), рынок.

В современной фармацевтической розничной торговле аптечный бизнес занимает отдельное место. Актуальность и необходимость моей статьи обусловлена усилившейся конкуренции среди субъектов фармацевтической розничной торговли, которая вызвала значимые, действенные, позитивные изменения в действиях аптек.

Целью данной работы является теоретическое обоснование методов оценки качества услуг фармацевтической розничной торговли.

Для качественной оценки услуг должны использоваться разносторонние методы исследования, такие как:

- системный и сравнительный анализ;
- теоретико-эмпирические методы;
- социологические методы - анкетирование;
- моделирование.

Качество услуг фармацевтической розничной торговли выявляется в совокупности нескольких факторов:

1. Предлагаемым ассортиментом товаров и услуг – широтой;
2. Качеством и эффективностью товаров, представленных в аптеке;
3. Качеством обслуживания клиентов, включающее высокий уровень корпоративной сервисной культуры в розничной сети, и возможности возврата неподходящих товаров

Среди теоретических методов оценки качества услуг особое место занимают Стандарты Надлежащих практик. Объекты фармацевтической розничной торговли в своей работе руководствуются в первую очередь правилами - Good Pharmacy Practice (GPP) - Стандарт надлежащей аптечной практики (GPP) разработан с целью обеспечения надлежащего качества фармацевтических услуг, оказываемых фармацевтическими работниками населению Республики Казахстан, устанавливают требования к надлежащей аптечной практике и организации системы управления качеством [1].

Стандарт направлен на обеспечение населения качественными, безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, предоставления ему достоверной информации о лекарственном средстве, пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний, обеспечение

рационального применения рецептурных лекарственных препаратов, влияние на прописывание и использование лекарственных препаратов и предоставлении информации об имевших место побочных действиях лекарственных препаратов и оказание помощи при самолечении. [2].

Сотрудничество врача и фармацевтического работника должно быть направлено на выбор лекарственных средств для достижения максимального терапевтического эффекта с минимальными проявлениями побочных воздействий при их применении. GPP рекомендуется рассматривать как перечень профессиональных задач, осуществление которых послужит интересам больных или посетителей аптек [3].

Таким образом, можно сделать вывод, что внедрение Надлежащей аптечной практики в РК проходит медленными темпами, что оказывает существенное влияние на качество услуг фармацевтической розничной торговли. Однако, в связи с развитием фармацевтической отрасли, стало необходимым внедрение Международного стандарта GPP, в связи с этим в скором времени аптеки Республики Казахстан должны перейти на международные стандарты GPP (Надлежащая аптечная практика).

Список литературы:

1. «Казахстанский фармацевтический вестник» №10 (517), май 2017 г.
2. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 июня 2015 года № 11506 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик».
3. Султанбаева Б.К. Надлежащая аптечная практика: все для блага пациента, статья, Алматы, 2006 г.
4. В.В. Янова. ЭКОНОМИКА (Курс лекций), 2005 – 100 с.
5. В.М. Альперин , С.М. Игнатьев , В.И. Моргунов «Микроэкономика» в 2-х томах. Институт "Экономическая школа", Санкт-Петербург, 2004 – 53 с.
6. Ж.М.Арыстанов «Управление и экономика фармации», Алматы, 2015 – 454 – 456 с.
7. Евстратов А. В. Основные тенденции слияний и поглощений на фармацевтическом рынке , Вестник филиала ВЗФЭИ в г. Волгограде, 2010 –№ 7 — 38-40 с.

8. Султанбаева Б.К. Надлежащая аптечная практика: все для блага пациента, статья, Алматы, 2006 г
9. Лоскутова Е.Е. Управление и экономика фармации, Москва: «Академия», 2008 432 с.
10. Елисеева Н.И., Мешалкина С.Ю. Управление качеством фармацевтической деятельности совместного предприятия 2007 № 4 – 12-17 с.

ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ И ЕГО ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ.

К.Е. Маликова
студентка 3 курса факультета «Общественное здравоохранение»
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана
А.А. Баймагамбетова
доцент Ph.D.
магистр по специальности общественное здравоохранение
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Аннотация. Авторы данной работы рассматривают такое явление как обязательное социальное медицинское страхование в Республике Казахстан, его распространённость среди населения и экономический эффект.

Ключевые слова. Страхование, экономика, менеджмент, обязательное социальное медицинское страхование, медицинская помощь, медицинские услуги.

Введение. Обязательное медицинское страхование стало одним из главных внедрений 2017 года в Республике Казахстан. Если до настоящего времени медицинское страхование на протяжении многих лет действовало в категории как добровольное, то внедрение обязательного медицинского страхования в нашей стране несет в себе колоссальные изменения.

Эта система поможет Казахстану идти в ногу со временем, а также стимулировать дальнейшее развитие страхового рынка. Ведь ни для кого не секрет, что у развитых стран мира практикуется медицинское страхование, и является их основной частью жизни.

[2]

Каковы преимущества медицинского страхования? Во-первых, гражданам приходится выплачивать меньше средств из собственного бюджета. Во-вторых, у нас появилась возможность самостоятельно выбирать клинику, врача и обратиться по страховке в частные медицинские организации. В-третьих, медицинская помощь не зависит от доходов и величины взносов застрахованного населения. К тому же, страховка может покрыть диагностику и дорогостоящие операции. Как говорят эксперты ВОЗ в области финансирования здравоохранения: “Медицинское страхование – ключ к обеспечению всеобщего доступа к медицинским услугам”. И одни из основных принципов ОСМС являются: обязательность уплаты отчислений и взносов, так же доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению. Всеобщий доступ к медицинским услугам означает, что все люди могут пользоваться необходимыми им медицинскими услугами, оставаясь, при этом, защищенными от финансовых трудностей, которые часто могут возникать в связи с оплатой таких услуг. [1,5]

Цель. Изучить эффективность обязательного медицинского страхования. Так как главными задачами министерства здравоохранения и государства являются: обеспечение населения равного доступа к медицинским услугам и амбулаторному лекарственному обеспечению, установления единых тарифов на медицинские услуги для всех регионов, формирование системы контроля за эффективным использованием средств, выделяемых на здравоохранение, также предлагается объединить затраты на республиканском уровне путем увеличения расходов республиканского бюджета и сокращения расходов областных бюджетов и бюджетов городов республиканского значения.

Материалы и методы. Для обработки данных был использован программный пакет SPSS Statistics 21.

Результаты. Финансирование здравоохранения осуществляется за счет налогов, правительство использует общий доход от налогов для финансирования здравоохранения. Все люди имеют право на получение медицинской помощи, следовательно, существует всеобщий охват населения.

Взносы на здравоохранение собираются с трудящихся, самостоятельно занятых лиц, предприятий и правительства. Эти деньги объединяются в фонд или фонды социального медицинского страхования.

При такой системе финансирования всеобщий охват населения может быть достигнут только тогда, когда отчисления делаются в интересах каждого члена общества, а при определении размера отчислений учитывается материальное положение людей. По этой причине многие системы социального медицинского страхования комбинируют различные источники финансовых средств, а правительство вносит плату за тех людей, которые сами не в состоянии этого сделать. На данный момент на рынке труда только часть работодателей может предложить своим работникам полный соцпакет, включая медстрахование, используя это как преимущество в привлечении высококвалифицированных кадров. С внедрением ОСМС, данный соцпакет станет доступным и универсальным преимуществом для всех участников рынка труда, что упростит решение кадровых проблем. Так, по статистическим данным, в Казахстане ежегодно более 2,6 млн. работников оформляют больничные листы в связи с временной нетрудоспособностью. Если исходить из того, что ежедневно в среднем каждый работник выпускает продукцию (или оказывает услуги) на 12,6 тыс. тенге, то ежегодные потери работодателей составляют порядка 370 млрд. Тенге. Например, в странах с развитой экономикой, высоким уровнем производительности труда, отдали предпочтение модели обязательного медицинского страхования. Поскольку данная модель обеспечивает эффективные экономические выгоды для бизнеса через снижение затрат, рост производства и увеличение прибыли предприятия. Основной выгодой от внедрения медстрахования состоит в снижении потерь на производстве, связанных с временной нетрудоспособностью работников. Возможность получения в рамках ОСМС качественной первичной помощи, необходимого лекарственного обеспечения, эффективного лечения и дорогостоящей специализированной помощи в лучших клиниках страны позволит в совокупности сохранить здоровье занятых граждан, уменьшить длительность больничных отпусков и в результате сократить потери работодателей. Согласно закону об обязательном медицинском страховании работодатель будет ежемесячно осуществлять страховые отчисления в Фонд, начиная с 1 января 2020 года – 2% от дохода каждого работника. [2,3,4]

Выводы:

Страховая медицина даст возможность всем работникам вне зависимости

От их доходов получать весь объем медицинской помощи, включая как плановую стационарную помощь и лекарственное обеспечение, так и высоко специализированные медицинские услуги, реабилитационную поддержку, консультационно-диагностическую помощь, сестринский уход и паллиативную помощь. Стоит отметить, что взносы работодателей и работников будут направлены, в первую очередь, на расширение первичного звена системы здравоохранения, предупреждение заболеваний с целью снижения случаев госпитализации, следовательно к уменьшению потерь рабочего времени за счет эффективной амбулаторно-поликлинической помощи.

Список литературы:

1. <http://dsm.gov.kz>
2. <http://egov.kz/cms/ru/articles/osms>
3. <https://fms.kz>
4. <https://online.zakon.kz>
5. <https://www.who.int>

ЖҮКТІ СТУДЕНТТЕРДІҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Қойшыбаева Орынгүл Нұрмұханқызы
Ғылыми жетекшісі: Қоғамдық денсаулық сақтау магистрі, аға
оқытушы Байгенжеева Раушан Кужатовна
«Астана Медицина Университеті» КеАҚ

Аннотация. Жоғарғы оқу орындарында оқитын студенттердің жүктілігі аналар мен балалардың денсаулығының нашарлауына байланысты қоғамдық денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып табылады. Бұл жұмыста жүкті студенттердің денсаулығына ішкі және сыртқы факторлардың әсер етуі жайында мәліметтер келтірілген.

Түйінді сөздер: Студенттер, жүктілік, әлеуметтік факторлар, токсикоз, аборт

Кіріспе. ДДСҰ-ның анықтамасы бойынша көптеген әйелдер үшін жүктілік- әйел өз жатыр ішінде дамып келе жатқан эмбрион мен ұрықты шамамен тоғыз ай көтеріп жүретін уақыты – бұл мүмкіндіктерді жүзеге асыру мен үлкен бақыт кезеңі. Алайда жүктілік кезінде әйел және оның құрсағындағы баласы денсаулығы үшін түрлі қауіптерге ұшырауы мүмкін.

Зерттеудің мақсаты : Астана Медицина Университетінде оқитын жүкті студенттердің медико-әлеуметтік аспектілерін зерттеу

Материалдар мен әдістер. Зерттеудің негізгі объектісі ретінде Астана Медицина Университетіндегі жүкті студенттер алынды (N=67). **Нәтижелер мен талдау.** Әлеуметтік-материалдық факторлардың көрсеткіштері студенттерімізде айтарлықтай жоғары деңгейде емес, себебі жүкті студенттердің 37%-ы ғана өз пәтерлерінде тұрады, ал тамақтану тәртібін сақтап жүретіндер басым көпшілігін 85,1% көрсетті. Оқу сапасына әсер ететін кедергілер негізгі кедергілер: шаршау сезімі 67,2% , токсикоз 36%-ды алып отыр. Басым көпшілігі заңды некеде екені анықталса, олардың 75%-ы жүктілікті жоспарлағаны белгілі болып отыр. Университет тарапынан психологиялық негативті факторлар болмады (76,1%).

Қорытынды. Зерттеу нәтижелері бойынша, студенттер жүктілік сұрақтары бойынша университет басшылығына мүлде (3%)

жүгінбейтіні айқын болып отыр. Сондықтан да университет тарапынан жүкті студенттерге байланысты мәселелерді шешу мақсатында бағдарламалар жасалып, болашақта кездесетін келеңсіздіктерді болдырмауды жүзеге асыру керек.

Әдебиеттер тізімі

- 1.Васильева, Л.Н. Беременность и роды у подростков: взгляд на проблему,2013.
- 2.Григорьян И. Г. Некоторые психологические особенности готовности к материнству студенток различных профессиональных направлений,2012
- 3.Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными,2013
- 4.Arne Duncan. Supporting the Academic Success of Pregnant and Parenting Students,2013
- 5.Claire D, A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy,2006
- 6.Ellen Pugh. Student pregnancy and maternity: implications for higher education institutions,2010
- 7.John S.Teen fertility in transition: recent and historic trends in the united states,2010
- 8.Heriot-watt university student maternity and paternity guidelines,2017
- 9.Kelli Garcia, Representing Pregnant and Parenting Students Facing Discrimination at School, 2017
10. Student Pregnancy and Maternity: Policy and Guidance,2015

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ «ШУБАРКОЛЬ- КОМИР»

Ермекбаев Б. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.
НАО «Медицинский университет Астана»

Аннотация: неблагоприятными факторами условий труда рабочих, занятых открытой добычей угля являются микроклиматические параметры, запыленность и загазованность воздушной среды, шум и вибрация.

Ключевые слова: открытая добыча, здоровье, условия труда, профессиональный риск.

Введение: Объёмы подземной и открытой добычи угля возросли в последние годы. Работающие подвергаются многофакторным воздействиям производственных вредностей разных уровней и, естественно, существует реальная степень профессионального риска для здоровья конкретного работника [1].

Специфика условий труда в первую очередь характеризуется неблагоприятными микроклиматическими условиями на рабочем месте, связанными с перепадом температур в кабинах техники и на открытом воздухе. Многообразие горно-технологического оборудования и технологического транспорта обуславливает возможность воздействия на работающих аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД), токсичных веществ, производственного шума и вибрации, тяжести и напряженности труда [2].

Цель: Гигиеническая оценка условий труда рабочих, занятых на открытой добыче угля.

Материалы и методы: Объектом исследования были работники добывающей компании «Шубарколь-Комир». Профессиональный состав был представлен машинистами экскаваторов, водителями большегрузных автомобилей «Белаз», машинистами бульдозеров, бурильщиками, взрывниками-операторами, горнорабочими. Инструментальным и расчетным методами проводилась оценка параметров микроклимата, запыленности и акустических факторов на рабочих местах.

Результаты и обсуждение: При измерении микроклиматических параметров было выявлено, что на всех рабочих местах были превышены нормы температуры на 10-15 °С, а относительная влажность на 5-15%. Так, в кабине машинистов экскаваторов ЭКГ-5 температура воздуха составила $+34,3 \pm 0,1$ °С с относительной влажностью $80,0 \pm 1,0$ %, В кабинах машинистов буровой установки, температура воздуха составила $+37,5 \pm 0,1$ °С с относительной влажностью $80,0 \pm 1,0$ %. В кабине машиниста бульдозера температура воздуха отмечается $+35,4 \pm 0,1$ °С, а относительная влажность $85,0 \pm 2,0$ %, в кабине водителя Белазы температура воздуха составляет $+34,2 \pm 0,3$ °С, относительная влажность $80,0 \pm 2,0$ %. Превышение нормы обусловлено тем, что двери горной техники в основном открыты.

Почти во всех рабочих местах наблюдалось превышение ПДК пыли в теплый период года – на 0,3-3,0 мг/м³, и холодный – на 0,2-2,4 мг/м³, причиной чего является их негерметичность, открывание дверей при передвижении рабочих.

Анализируя параметры шума было установлено, что на всех рабочих местах ПДУ были превышены на величину от 4 до 28 дБА, в зависимости от мощности технологического оборудования. Превышение ПДУ вибрации в среднем составило 7,6 дБ.

Вывод: Рабочие разреза «Шубарколь-Комир» заняты в неблагоприятных условиях, что может быть основным риском снижения работоспособности, производительности труда и состояния здоровья, в том числе росту общесоматической и профессиональной заболеваемости.

Список литературы.

1. Головкова Н.П., Чеботарёв А.Г., Каледина Н.О. Оценка условий труда, профессионального риска, состояния профессиональной заболеваемости и производственного травматизма рабочих угольной промышленности №1. – 2011. – с.9-40].
2. Захаренков В.В., Олещенко А.М., Панайотти Е.А. Комплексная оценка риска для здоровья работающих при открытой добыче угля от воздействия физических факторов//Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - №3. – 2006. – с.29-33.

СТУДЕНТТЕРДІҢ МЕНТАЛЬДІ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Батырбек Назгүл Қайратқызы

Ғылыми жетекшісі: Қоғамдық денсаулық сақтау магистрі, аға оқытушы Байгенжеева Раушан Кужатовна
«Астана Медицина Университеті» КеАҚ

Аннотация. Қазіргі таңда ДДҰ назары адамдардың рухани саулығына бағытталған. Бұл жұмыста студенттердің ментальді денсаулығына әсер ететін факторлар келтірілген және ментальді денсаулығының алдын алу мүмкіншіліктері қарастырылған

Түйін сөздер: денсаулық сақтау, ментальді денсаулық, алдын-алу, психикалық денсаулық, студенттер

Кіріспе. «Ментальді денсаулық - бұл адам өзінің қабілеттерін түсініп жүзеге асыра алатын, қалыпты өмірлік күйзелістерге төтеп бере алатын, жұмысын тиімді атқаратын және соның нәтижесінде қоғамына үлес қосатын әл-ауқат жағдайы.» Жалпы мағынада ментальді денсаулық - адамның әл-ауқатының және қоғамның тиімді жұмыс істеуінің негізі болып табылады. Заманауи көзқарастар бойынша, студенттердің психикалық денсаулығы оң өзгерістерге, тиімді технологияларды таңдауға және ыңғайлы әсер ету қабілеттерін анықтауға мүмкіндік береді.

Зерттеудің мақсаты. Астана Медицина Университеті студенттерінің ментальді денсаулық жағдайын бағалау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеудің негізгі объектісі ретінде Астана Медицина Университетінің студенттері алынды.

Нәтижелер мен талдау. Студенттердің ментальді денсаулығының жағдайын зерттеу барысында, біз оларға әсер ететін негізгі факторларды айқындауға тырыстық. Зерттеу жұмысының нәтижесі бойынша оқу процессі кезіндегі әртүрлі ауыртпашылықтар (35,8%) студенттердің ментальді денсаулығының жағдайына неғұрлым қатты әсер ететіні анықталды. Олардың көбісі 2-3 курс студенттері (54,7%) болып табылады. 1 курс студенттерінің 76% ЖОО-дағы оқу процессінің ұйымдастырылуы мен жаңа ортаға бейімделуді ең қатты мазалайтын фактор ретінде белгілеген.

Қорытынды. Зерттеудің қорытындысы бойынша студенттердің көпшілігі ментальді денсаулық саласында қандай да бір қиындықтарға тап болады. Оның негізгі себептері психоэмоционалды қиындықтар және тұрмыстық жағдайдың дұрыс ұйымдастырылмауы.

Әдебиеттер тізімі

- 1.Терлоева Д.А Особенности ментального здоровья лиц старшего возраста: современные проблемы доступности услуг. 2009.
- 2.Одарущенко О.И. Особенности психологического здоровья студентов 2012.
- 3.Cleary M. (2012). Stigma in mental illness:A continuing concern.
- 4.Evans-Lacko S. (2012). Association between public views of mental illness
- 5.K. Turney, C. Wildeman, _Mental Health Among Jail and Prison Inmates 2017.

6. Fazel, S. & R. Trestman, _The Mental Health of Prisoners: A Review of Prevalence 2016.
7. McKean, G. (2011) Mental health and well-being in post secondary education settings Toronto, ON.
8. Pescosolido B.A & Long J.S. 2013. The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness.
9. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders 2017.
10. WHO. Mental Health action plan 2013-2020. Geneva, Switzerland, 2014.

РАЗРАБОТКА АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

Сорокина С.А., Калиммулин Р.К., Каримов Д.А., Меркер Э.В.,
Михалев Б.С., Кривошлык В.С., Баранов В. Н., Сергейчик О.И.
Научный руководитель: Баранов В.Н. доктор медицинских наук,
доцент по специальности 05.11.17 – приборы, системы и изделия
медицинского назначения, профессор кафедры кибернетических
систем Тюменский Индустриальный Университет

Аннотация. Целью работы является разработка магнитотерапевтического аппаратно-программного комплекса (АПК) с биологической обратной связью для персонализированной медицины, который будет повышать эффективность лечения больных с дегенеративно-дистрофической и спаечно-рубцовой патологией различной этиологии и локализации, что позволит облегчить работу медицинского персонала отделений физиотерапии поликлиник и больниц.

Ключевые слова: персонализированная медицина, магнитотерапия, аппаратно-программный комплекс, биологическая обратная связь.

Введение. Известно, что методики лечения основанные на индивидуальных особенностях пациента являются важными для врача физиотерапевта [4,6,7,10].

Современные достижения в области физиотерапии и медицинской электронной техники позволяют создавать современные лечебно-диагностические

аппараты, в том числе и для магнитотерапии, которые способны работать в направлении персонализированной медицины [1,2,3,5,8,9]. Однако ещё до сих пор не разработаны магнитотерапевтические аппаратно-программные комплексы (АПК) для реализации данной медицинской технологии терапии и реабилитации, в том числе и с биологической обратной связью.

Цель исследования. Создание АПК для персонализированной терапии дегенеративно-дистрофических и спаечно-рубцовых заболеваний различной этиологии и локализации.

Материалы и методы. При разработке АПК для реализации персонализированной магнитотерапии были изучены данные литературных источников по методикам персонализированной медицины и современной медицинской технике для её реализации.

Результаты и обсуждение. В результате исследования разработана модель АПК для персонализированной магнитотерапии. Основными составляющими элементами данного комплекса стали: персональный компьютер, опытный образец узла магнитного излучения, датчик температуры и пульса, USB интерфейс, блок-схема системы управления.

Работа магнитотерапевтического комплекса задается посредством команд программы управления в виде импульсов, позволяющих контролировать режим воздействия (рисунок 1).

Опытный образец магнитного излучателя работает от постоянного электрического тока напряжением 25В. На выходе устройства генерируется магнитное поле для воздействия на патологический очаг организма. Программа персонального компьютера через USB интерфейс посылает управляющую команду на микроконтроллер системы управления, который задает режим работы моста.

Применяется программное обеспечение с использованием методов спектрального анализа среды MATLAB. Необходимый режим работы фиксируется на панели ручного управления. Разработанный опытно-конструкторский образец состоит из следующих элементов (рисунок 2): резисторов, диодов, в том числе светодиода, конденсаторов, транзисторов, катушки индуктивности.

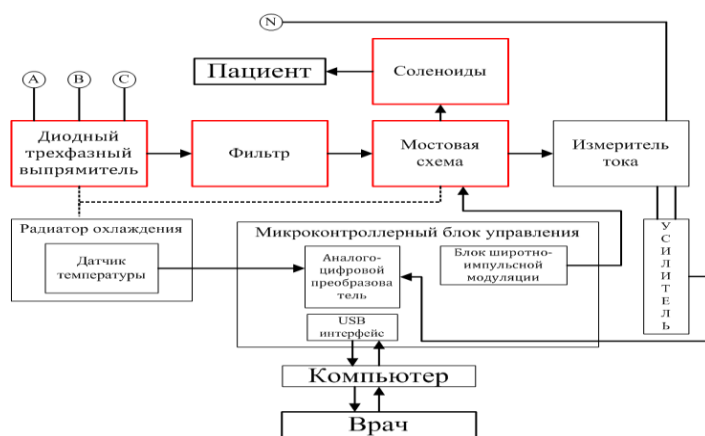


Рисунок 1. Блок-схема системы управления

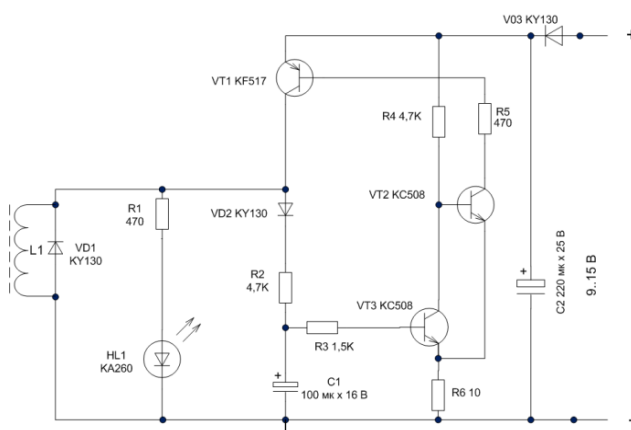


Рисунок 2. Электрическая схема опытного образца

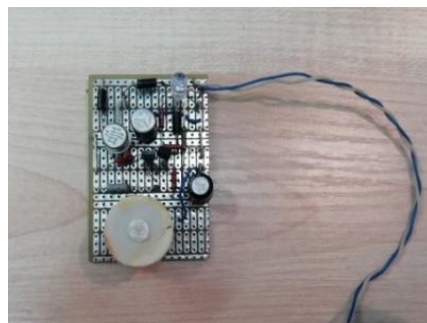
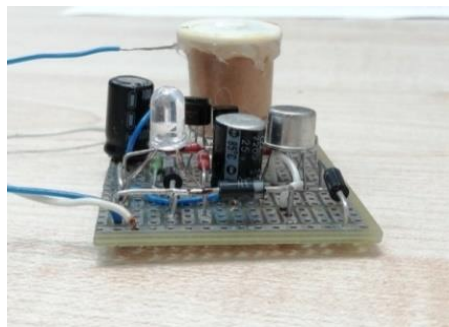


Рисунок 3. Сконструированный узел блока магнитного излучения.

При разработке узла блока магнитного излучения было обосновано включение таких комплектующих элементов, которые удовлетворяют поставленной цели (рисунок 3). Как видно из рисунка, созданный опытный образец узла магнитного излучения АПК вырабатывает магнитное поле, сила которого определяется параметрами пациента. В качестве электромагнита используется магнит с сопротивлением обмотки порядка 20 Ом. В качестве конденсаторов применяются электролитические конденсаторы, так как они обладают достаточной ёмкостью, необходимой для работы сконструированного узла. Резисторы - углеродистые, маломощные. Также в структуру узла входят: диодный трехфазный выпрямитель, фильтр; мостовая схема; соленоид, представленный медной катушкой на 20 Ом. Питание прибора осуществляется от автономного источника тока с напряжением 9-12 В.

Заключение. Разработанный АПК для персонализированной магнитотерапии, включает непрерывную обратную связь с пациентом на основе получаемых в динамическом режиме данных от датчиков температуры и пульса. Это позволяет управлять во время лечебных сеансов интенсивностью магнитной индукции, воздействующей на пациента, которая коррелирует с динамикой изменения кровотока в патологическом очаге. После проведения соответствующих технических и клинических испытаний АПК предлагается внедрить его в практическое здравоохранение.

Выводы. Таким образом, в соответствии с поставленной целью, для персонализированной медицины были разработаны: блок-схемы АПК; электрическая схема узла магнитотерапии, опытный образец узла блока магнитного излучения улучшающие организацию, структуру и тактику лечебной помощи больным с дегенеративно-дистрофическим и спаечно-рубцовым патологическими процессами.

Список литературы:

1. Бочков, М.С. Актуальность управления теплообразующими процессами в акупунктурных точках для автоматизации лазерного физиотерапевтического воздействия [Текст] / М.С. Бочков, А.С. Качалин, В.Н. Баранов // Биотехносфера. - 2016. - № 1 (43). - С. 30-34.
2. Волобуев, П.В. Стационарное магнитотерапевтическое устройство прямого действия [Текст] / П.В. Волобуев,

5. Е.Д. Усков, К.О. Хохло, В.П. Новоселов, А.П. Волобуев, К.Н. Пестов, Е.В. Моисейкин // Научно-технический вестник Поволжья. - 2018. - № 6. - С. 74-78.
6. Готовский, М.Ю. Подходы к нормированию физиотерапевтического воздействия низкочастотных магнитных полей [Текст] / М.Ю. Готовский, С.Ю. Перов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2017. - № 1. - С. 209-213.
7. Можгинский, В.Л. Магнитотерапия медленноменяющимся магнитным полем [Текст] / В.Л. Можгинский, Н.В. Скворцов // В сборнике: II Научный форум телекоммуникации: теория и технологии ТТТ. -2017. – С. 251-252.
8. Рыбаков, Ю.Л. Новая инновационная медицинская технология: общесистемная магнитотерапия [Текст] / Ю.Л. Рыбаков // Инноватика и экспертиза: научные труды. - 2016. - № 1 (16). - С. 88-97.
9. Сахно, М.А. Современное развитие магнитотерапевтической аппаратуры для персонального контроля состояния жизнедеятельности человека в домашних условиях [Текст] / М.А. Сахно // В сборнике: Наука сегодня: задачи и пути их решения материалы международной научно-практической конференции. - 2016. - С. 142-146.
10. Турчина, Ж.Е. Опыт проведения мастер-класса по приборам Елатомского завода будущим провизорам медицинского университета [Текст] / Ж.Е. Турчина, О.Я. Шарова, О.В. Нор, Н.П. Вахрушева, А.А. Черемисина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 12 (6). - С. 1067-1071.
11. Усков, Е.Д. Технические науки [Текст] / Е.Д. Усков, К.О. Хохлов, В.П. Новоселов, А.П. Волобуев, К.Н. Пестов, Е.В. Моисейкин // Приборостроение, метрология и информационно-измерительные приборы. – 2018. - №6 - С.74-78.
12. Цибульский, В.Р. Методы получения передаточной функции на основе частотных характеристик ЭКГ [Текст] / В.Р. Цибульский, О.И. Сергейчик, М.В. Абрамов // - С. 79-85.
13. Яшин А.А. Разработка линейки аппаратов вихревой и сочетанной магнитотерапии экспериментального и клинического назначения [Текст] / А.А. Яшин // Вестник новых медицинских технологий. - 2017. - № 1. - С. 138-151.

ПОДГОТОВКА К ОБУЧЕНИЮ КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Е.Е. Заскалько, д.м.н., профессор В.Н. Приз
НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация: в результате исследования изучены виды медицинских мероприятий, используемые при наблюдении за процессом подготовки детей к школе. Показана их эффективность в научной и практической деятельности при мониторинге процесса подготовки к обучению в школе.

Ключевые слова: подготовка к обучению, исследования адаптации и состояния здоровья шестилетних детей.

Переход общеобразовательных школ Республики Казахстан на 12-летнее обучение предусматривает начало подготовки детей с 6-летнего возраста. Шестилетние первоклассники не всегда обладают школьной зрелостью, и как следствие, отстают в формировании школьно-значимых функций, имеют функциональные и морфологические отклонения в состоянии здоровья [1,2].

Проведенная нами оценка комплекса мероприятий по подготовке детей к обучению свидетельствует о необходимости осуществления постоянного мониторинга состояния здоровья по следующим направлениям.

При решении вопроса о возможности обучения ребенка в школе необходимо учитывать: степень школьной зрелости, уровень функциональных возможностей ведущих систем организма, прогноз и вероятность снижения негативных последствий социальной адаптации и интеграции обучающегося. Приём 6-летних детей в первые классы должен проводиться по данным тестирования школьной зрелости, во избежание негативных последствий для здоровья. Среди показателей, описывающих состояние здоровья, наибольшую значимость в оценке готовности к обучению имеют возраст биологического развития, острая и хроническая заболеваемость, уровень нервно-психического развития.

Опираясь на программы по оценке количественных параметров состояния здоровья младших школьников, можно высчитать «коэффициент удовлетворительности состояния» и «коэффициент риска заболеваемости».

На основании расчетов доказано, что способность к адаптации коррелирует с возрастом и полом ребенка, уровнем подверженности патогенным факторам, акцентуированными чертами характера, чувствительностью к сезонным изменениям погоды.

Этапы адаптации обуславливают классификацию к школьному обучению по уровню тяжести – легкую, средней тяжести и тяжелую. В случае нарушений адаптации возникает стресс, и как результат – дезадаптация. Для оптимизации адаптационного периода и профилактики дезадаптации необходимо: провести ознакомление с будущим классом, учителями, школой и школьными правилами; обеспечивать рациональный режим дня, обучения.

Необходимо учитывать результаты медицинского осмотра перед поступлением в школу.

Таким образом, существующие виды наблюдения за состоянием здоровья детей на всех этапах подготовки к обучению являются важными факторами в дальнейшем формировании и укреплении здоровья школьников. Изученные подходы позволяют утверждать об их эффективности и успешном использовании в научной и практической деятельности.

Список литературы:

1.Березина Н.О., Лашнева И.П. Психофизиологическая характеристика готовности к школьному обучению детей подготовительных групп детского сада. / «Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков» Мат. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва 24-25 октября 2007 г.). – М.: НЦЗД РАМН, 2007. – С.46-47.

2.Бокарева Н.А., Храмов П.И. Влияние организации обучения и воспитания на функциональное состояние детей в дошкольных образовательных учреждениях разного вида. // Приложение к журналу «Вестник Российской Академии медицинских наук» – 2008. – №6. – С.65-66.

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К ЗАПЛАНИРОВАННОМУ РОДИТЕЛЬСТВУ.

Панькова А.Н., Ногайбаева Э.А., Кадочникова Д.С.,
Абдильдина А.Н.
Резиденты акушерства и гинекологии 1 года обучения МУК
Ким М.С.
врач акушер-гинеколог поликлиники №3 г.Караганды
Есетова С.К.
асс.кафедры АиГ МУК
Научный руководитель: Воробьева Р.В.
асс.кафедры АиГ МУК

Актуальность: Ряд исследователей, занимающиеся вопросами полового созревания и интимной жизни среди подростков говорят об омолаживании половой жизни среди подростков и молодежи. При этом ими отмечается, что плохая их информативность о последствиях половых контактов повышает риск наступления нежелательной беременности, повышает рост искусственных абортов и родов, заражения инфекциями передающимися половым путем, бесплодия. В связи с чем, на современном этапе развития общества возникла медико-социальная значимость раскрытия проблемных вопросов по планирования семьи.

Ключевые слова: запланированное родительство, студенты, контрацепция, планирование семьи, медицинский университет.

Введение: Планирование семьи является одним из сложных вопросов у молодежи. Запланированное родительство дает возможность мужчине и женщине вести половую жизнь, не опасаясь нежелательной беременности, не подвергая себя стрессам, и непрерывно продолжать учёбу, изучать профессию, строить карьеру.

Необходимо отметить, что в 2016 году в Казахстане искусственно прервали беременность 16,4 % к общему числу родов и абортов, а число зарегистрированных случаев ИППП за 2016-2017 года в РК составило 146,1 на 100000 населения [4,5].

По данным литературы отечественных и зарубежных исследований, частота бесплодия в мире колеблется от 8 до 29 % [6,7].

Исходя из выше изложенного, следует, что для нашей Республики большое значение имеет планирование семьи и деторождения.

Цель: Определить готовность студентов к осмысленному созданию семьи, выявить % студентов использующих методы контрацепции, частоту обращений к гинекологу/урологу в целях осознанной охраны репродуктивного здоровья.

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование студентов 4-7 курсов Медицинского Университета Караганды (МУК). Материалом для работы послужили данные анкетирования студентов старших курсов МУК факультета «Общая Медицина». Были сформированы три группы: I группа (ОМ 4-5курс) -180 человек, II группа (ОМ 6курс) – 57 человек, III группа (ОМ 7курс) – 66 человек. Общее количество исследуемых - 303 человека в возрасте от 18 до 25 лет.

Результаты исследования: В ходе исследования были получены следующие данные, представленные в таблице №1.

Таблица №1- Результаты анкетирования

Выборочные вопросы анкетирования	I группа	II группа	III группа
Семейное положение	Замужем/женаты: 32 (17,8%) Не замужем/холосты: 148 (82,2%)	Замужем/женаты: 20 (35,1%) Не замужем/холосты: 37 (64,9%)	Замужем/жена ты: 31 (47%) Не замужем/холосты: 35 (53%)
Начало половой жизни	Не живут половой жизнью- 82 (45,5%) От 18- до 23 лет- 57 (31,7%) 23-25 лет- 41 (22,8%)	Не живут половой жизнью- 28 (49,1%) От 18- до 23 лет -18 (31,6%) 23-25 лет-11 (19,3%)	Не живут половой жизнью- 4 (6,1%) От 18- до 23 лет - 38 человек (57,6%) 23-25 лет- 24 (36,3%)

Есть постоянный половой партнер	Да-81 (82,6%) Нет-17 (17,4%)	Да-25 (86,2%) Нет- 4 (13,8%)	Да-55 (88,7%) Нет-7 (11,3%)
Готовы вступить в брак	Да-67 (45,3%) Нет-81 (54,7%)	Да-29 (78,4%) Нет-8 (21,6%)	Да-32 (91,4%) Нет- 3 (8,6%)
Считают нужным планировать беременность	Да- 148 (82,2%) Нет-32 (17,8%)	Да- 52 (91,2%) Нет-5 (8,8%)	Да- 66 человек (100%) Нет-0
Считают, что осведомлены в полном объеме в вопросах планирования беременности	Да-140 (77,8%) Нет-40 (22,2%)	Да-47 (82,4%) Нет-10 (17,6%)	Да-59 (89,4%) Нет- 7 (10,6%)
Пользуются методами контрацепции	Да-87 (88,8%) Нет- 11 (11,2%)	Да-29 (100%) Нет-0	Да- 62 (100%) Нет-0
Знают о последствиях аборта	Да- 156 (86,7%) Нет- 24 (13,3%)	Да-57 (100%) Нет-0	Да- 66 (100%) Нет-0

Проходят обследование у гинеколога/уролога	Хожу когда есть жалобы - 19 (10,5%) 1 раз в 6 месяцев-88 (48,9%) 1 раз в год-73 (40,6%)	Хожу когда есть жалобы - 7 (12,3%) 1 раз в 6 месяцев-19 (33,3%) 1 раз в год-31 (54,4%)	Хожу когда есть жалобы - 11 (16,7%) 1 раз в 6 месяцев-14 (21,2%) 1 раз в год-41 (62,1%)
--	---	--	---

Заключение:

1. В ходе исследования было выяснено, что студенты медицинского университета осознанно подходят к запланированному родительству. И на основании показателей, полученных в результате анкетирования, таких как значимость планирования беременности, готовности вступить в брак, важности наличия постоянного полового партнера, знании о последствиях незащищенного полового акта и др., мы пришли к выводу о высокой подготовленности респондентов к созданию семьи.
2. Из числа живущих половой жизнью 58,7% пользуются методами контрацепции.
3. Положительной стороной данного исследования было выяснено, что большинство студентов МУК регулярно посещают гинеколога/уролога с целью заинтересованности в сохранении своего репродуктивного здоровья.

Список использованной литературы

1. О.И.Дунайцева-Роль врача общей практики в планировании семьи, 2004 г. стр 387-394,
2. Р.Х.Чекушин, Т.С.Сырнев – добрачное обследование как один из методов решения проблемы планирования семьи в России. 2004 . №6. стр. 79-80
3. Г.М.Савельева, Т.А.Лобова – Анализ особенностей репродуктивного поведения женщин – путь к разработке программы снижения числа абортов. //Вестник Российской Ассоциации Акушеров – Гинекологов №1 1.98

4. Статистический сборник за 2016 год, Астана
5. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году», Астана.
6. Рамочная программа по совершенствованию службы планирования семьи в Республике Казахстан на 2017-2021 годы, Астана 2016.
7. Ahman EL, Shah IH. Contraceptive use, fertility, and unsafe abortion in developing countries// Eur J Contracept Reprod Health Care. 2006. - № 11(2). – P.126-136
8. Положение об организации Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих ПМСП. – 2012 г. -14 с.
9. Алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний (Протоколы профилактической деятельности). – 2012 г. – 47с.

ОЦЕНКА МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ОТ ПНЕВМОНИИ И ГРИППА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чернецкий А.В - Резидент-пульмонолог
Ибраева Л.К - Научный руководитель
Заведующий кафедрой внутренних болезней №3, д.м.н.
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация. При анализе смертности по причине пневмонии и гриппа в Карагандинской области выявлено превышение среднереспубликанского уровня в 1,4 раза. В структуре смертности от болезней органов дыхания всего населения пневмонии и грипп занимали 49,9%, у трудоспособного населения - $63,4 \pm 3,5\%$, у детей до года – 82,8%. Прямые медико-социальные потери от пневмонии и гриппа трудоспособного населения в Карагандинской области составили 0,38% от ВВП региона.

Ключевые слова: смертность, пневмония и грипп, преждевременная потеря лет.

Введение. В структуре смертности Казахстана в 1990 г. причина инфекций нижних дыхательных путей занимала лидирующую позицию. По данным литературы летальность от тяжелых пневмоний достигает 10%, среди заболеваний органов дыхания в отдельных случаях регистрируются высокие показатели гиподиагностики пневмоний и расхождений диагноза при аутопсии, достигающие 27,2% [1].

Цель. Анализ смертности по причине пневмонии и гриппа в Карагандинской области

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ глубиной в 10 лет показателей смертности по причине пневмоний и гриппа, полученных за 2008-2017 гг. в Карагандинском филиале Департамента статистики, а также интегрального показателя потери лет от преждевременной смертности с подсчетом прямых экономических потерь от валового внутреннего продукта (ВВП) по региону.

Результаты и обсуждение. Уровень смертности по причине пневмонии в среднем за 2008-2017 гг. для всего населения в Карагандинской области составил $30,9 \pm 2,0\%_{000}$. При анализе выявлена относительно стабильная динамика, но с превышением среднереспубликанского уровня в 1,4 раза. Для трудоспособного населения Карагандинской области среднепогодный показатель за 2008-2017 гг. составил $23,5 \pm 1,7\%_{000}$, со снижением уровня в динамике на 40% (с $30,3\%_{000}$ до $18,2\%_{000}$). В структуре смертности от болезней органов дыхания всего населения пневмонии занимали 49,9%, у трудоспособного населения - $63,4 \pm 3,5\%$, у детей до года – 82,8%. Уровень смертности по причине пневмонии у городского населения был достоверно выше, чем у сельского населения в 1,7 раза. Показатели смертности от пневмонии имели линейную зависимость от возраста и достигали максимума в пожилом возрасте. Смертность мужчин трудоспособного возраста по причине пневмоний превышала показатели для женского населения за исследуемый период в среднем в 2,9 раза. Смертность детей до года от пневмонии была одинаковой, как у мальчиков, так и у девочек. У детей от года до 14 лет, у подростков, у взрослых лиц от 18 до 29 лет и старше 80 лет смертность по причине пневмонии и гриппа не

имело значимых гендерных различий. В других возрастных группах 30-34 лет и 75-79 лет смертность у мужчин превышала смертность женщин в 2,6 раза, а в группе 45-49 лет в 4,8 раз. Потери лет от преждевременной смертности, коэффициент YLL (Years of life lost) по причине пневмонии за 2008-2017 гг. в Карагандинской области составили 5,0‰ YLLs. Прямые медико-социальные потери от пневмоний трудоспособного населения в Карагандинской области составили $0,38 \pm 0,06\%$, (96188,6 млн. тенге), достоверно превышая потери по причине хронических болезней легких ($0,21 \pm 0,06\%$). Для сравнения ежегодные затраты, связанные с внебольничной пневмонией, в странах Европы составляют около 10 млрд евро [2].

Заключение и выводы. Проблема пневмонии, несмотря на снижение смертности от нее в динамике, требует мониторинга эпидемиологических показателей в половозрастном и региональном аспектах на территории РК.

Список литературы.

1. Макарова Н.В., Тарасова Л.В., Дубов В.В., Никифорова А.В., Современные особенности эпидемиологии, клинико-этиологических характеристик, состояния диагностики и лечения внебольничных пневмоний среди городского и сельского населения Чувашии. Медицинский альманах 2017;4(49):116-119.
2. File T.M.Jr., Marrie T.J. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. Postgrad Med 2010;122:130–141.

ЕМБІ-5 ПОЛИГОН АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ЖАЛПЫ АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

«Медицина-профилактика» факультетінің 2 курс магистранты:
Д.К Тулебаев.

Ғылыми жетекшісі: медицина ғылымдарының кандидаты
Кибатаев К.М.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина
университеті.

Кілт сөздер: Ембі-5., Радиация., Сынақ алаңы., Экология., Гигиена.

Кіріспе: Қоршаған ортаға антропогендік әсер нәтижесінде көптеген өнеркәсіптік орталықтарда әдетте ауқымды деңгейге зиянды заттармен ластанулар байқалады. Организмде ауыр металдар мен

радионуклидтердің адам денсаулығына теріс әсер етуі, әсіресе жоғары техногендік ластану аймақтарында нақты проблема болып табылады. Олардың бірі Ақтөбе облысында орналасқан Ембі-5 әскери жаттығу алаңы. 1960 жылдың 7 мамыры Қазақ КСР Ақтөбе облысының Ембі станциясынан 10 шақырым жерде орналасқан Ембі-5 әскери жаттығу полигонының құрылу күні деп саналады. Полигонның ұзындығы: солтүстіктен оңтүстікке қарай - 24 шақырым, шығысында - батысқа қарай - 60 шақырым, жалпы ауданы - 791 мың гектар. 1963 жылы сынақ алаңында алғашқы бірлескен сынақтар басталды. Осы уақытқа дейін сынақ полигонында ең қажетті сынақ және өлшеу орындары, әскери құралдары зерттеулер жүргізілді.

2016 жылдың қазан айында Ресей Ембі-5 полигонын жалға беруді тоқтатты және оны Қазақстанға қайтарды.

Ресей Федерациясымен «Ембі-5» полигонын пайдалану және жалға алу шарттары туралы келісімге сәйкес 300 мың гектардан астам жерді әскери жаттығуға арналған полигондар ретінде пайдаланылды.

Қайтарылған жер ауыл шаруашылығымен айналысатын кәсіпкерлердің, пайдалы қазбаларды барлау мен өндіру саласындағы қызметті жүзеге асыратын ұйымдардың мүддесінде пайдалануға берілуі мүмкін. Қазіргі таңда аталған полигон жұмысы тоқталған, алайда полигон орналасқан аймақта радиоактивті заттар қалдықтары болуы мүмкін. Сол себептен Ембі-5 полигоны территориясын зеттеу маңызды. Қазіргі гигиена ғылымының өзекті мәселесі адам өмір сүретін ортаның зиянды және қауіпті факторларын анықтау ғана емес, сонымен қатар олардың халық денсаулығына тигізетін қауіп-қатерін бағалай білу болып табылады. Қауіп-қатер туғызатын әртүрлі факторлар нақты елдің, аймақтың жағдайларына да тәуелді екенін ескеру қажет

Зерттеу мақсаты. Ембі-5 сынақ алаңына жақын аймақтардағы тұрғындар денсаулығына гигиеналық бағалау және аймақтың экологиялық жағдайын зерттеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері.

Мұғалжар ауданындағы халықтың ауруы мен өлімін зерттеу (1995-2018 жж.).

Мұғалжар ауданы территориясының топырағын ауыр металдарға және радионуклидтерге тексеру.

Нәтижелер мен талқылау. Зерттелетін аймақта зерттелетін кезеңдерде сырқаттанушылық көрсеткіштері орташа облыстық деректермен салыстырғанда төмен болды Алайда Мұғалжар ауданында және көршілес аудандарда (Шалқар және Темір) ауру көрсеткіштерін салыстыру кезінде жоғары екендігі байқалды. Ауданның бір бөлігі болып табылатын Мұғалжар ауданында және СКА №1 (Ембі-5, кейінірек «Жем» деген атаумен өзгертілген) бойынша орташа деректерді салыстыру кезінде айырмашылық бар. Мысалы, 2006 жылы (бұдан бұрын Ембі-5 бөлек бөлінген жоқ), СКА №1 (Жем) жаңадан тіркелген аурулар саны аудандағымен салыстырғанда 16,7% жоғары және орташа аймақтық көрсеткіштерге жақындады. 2007 жылы бұл көрсеткіш орташа көрсеткіштен 14,3% жоғары болды. Аудандағы өлім-жітім 1998 жылы 1995 жылмен салыстырғанда 63% -ға өсті және орташа облыстық деректерден 32,3% жоғары болды. 2006 жылы өңірде өлім-жітім аймақтағы орташа көрсеткіштен 32,9% -ға асып түсті алайда орташа аймақтық деректердің артуы сақталады. Сонымен қатар жаңадан тіркелген қатерлі ісік аурулар саны бойынша басқа аудандармен салыстырғанда айтарлықтай жоғары.

Кесте №1

	Жаңадан тіркелген қатерлі ісік аурулар саны			
	абс.сан		100 мың тұр шаққанда	
Облыс бойынша	1467	1443	177,0	171,7
Ақтобе	906	896	203,7	196,7
Мугалжар		102	139,1	151,4
	9			
	3			
Темір	46	39	122,5	103,5
Шалқар	71	60	152,6	128,9

Топырақтың құрамын зерттеу үшін іріктеу нүктелері анықталды. Ембі және Жем («Ембі-5» сынақ алаңы) тәжірибелік алаң ретінде қабылданды. Желдің көтерілуін және полигоннан қашықтығын ескере отырып, Құмжарған және Покровка ауылдары (Сағашили) бақылау аумақтары ретінде анықталды. Зерттеулер «Қоршаған ортаны ластайтын химиялық заттарға ұшыраған кезде халықтың денсаулығына қауіп-қатерді бағалау бойынша нұсқаулық» қағидасының ережелеріне сәйкес жүргізілді. Қолмен. Р2.1.10.1920-04. Зерттеудің бірінші кезеңінде топырақ үлгілері Ембі-5 сынақ полигонының аумағындағы ауыр металдар мен радионуклидтердің және іргелес елді мекендердің құрамында болды. Топырақ үлгілеуі мемлекетаралық стандарттарға сәйкес жүргізілді, альфа, бета, гамма-спектрометрлермен радионуклидтердің деңгейін анықтау және т.б. зерттеулер мен стандарттарға сәйкес жүргізілді. Ауыр металдар мен радионуклидтердің құрамына үлгілерді зерттеу «Алия және К» ЖШС аккредиттелген сынақ зертханасында жүргізілді. Алынған топырақ сынамалырының нәтижесі бойынша сынақ алаңының топырағында ауыр металдардың кейбір түрлері шамадан тыс көрсеткіштерге ие болды. Сонымен қатар полигон аумағында цезий-137 және стронций-90 техногенді радионуклидтерінің артықшылығы шекті рұқсат етілген деңгейден асып кеткендігі анықталды.

Кесте №2

Көрсеткіш атауы	Сынақ әдістері бойынша НҚ	НҚ сәйкес норм а	Нақты зерттеу жүргізілген нүктелер / (сәйкестендіру нөмірі)			
			ЕМБІ	ЕМБІ - 5(Жем)	ЕМБІ - 5(полигон) Т№1	ЕМБІ - 5(полигон) Т№2
			№985	№986	№987	№988
1	2	3	4	5	6	7
Сз-137, Бк/кг	KZ 07.00.00303 -2014	сай емес	<3	3,25±2,27	3,36±1,82	4,15±2,90
Sr-90, Бк/кг	KZ 07.00.00304 -2014	сай емес	<0,5	5,69±3,98	33,96±23,7 7	77,15±54,0 0

Қорытынды: Осылайша, Мұғалжар ауданының зерттелген жылдардағы жағдайы орташа облыстық деректермен салыстырғанда төмен болды, бірақ ол көршілес аймақтар көрсеткіштерінен асып түсті. Жем қаласындағы аурулар аймақтың орташа деңгейінен асып түседі. Аудандағы өлім орташа аймақтық деректерден асып түсті. Жаңадан тіркелген қатерлі ісік аурулар саны бойынша облыстың басқа аудандарымен салыстырғанда алдың орындарда тұрғаны анықталды. Мұның бәрі сынақ учаскелерінде туындаған факторлардың сай жақын елді мекендердің тұрғындарының денсаулығына әсер ету мүмкіндігін болжайды. Аталған мәселелерді алдын алу мақсатында кешенді санитарлық профилактикалық шараларды ұйымдастыруды қажет етеді.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Майканов Б.С., Попович В.Ю., Дюсембаев С.Т., Заболотных М.В. Влияние техногенных факторов на объекты внешней среды и продукцию животноводства. Вестник науки Казахского агротехнического университета им. С. Сейфуллина. -2016. –№1 (88). – С. 21-27
2. Сапожников Ю.А., Алиев Р.А. Радиоактивность окружающей среды: теория и практика. БИНОМ: Лаборатория знаний – 2006. –С. 21-22
3. Корнеев Н.А. Радиоактивные загрязнения среды и сельского хозяйства //Агрехимический вестник. – 2001. -№3. –С. 2-9
4. Беркинбаев Г.Д., Бенсман В.А. К вопросу о техногенном загрязнении пищевых продуктов в регионах приаралья и Семипалатинского ядерного полигона, 2009. <http://ecoservice.kz/index.php?route=article/article&apath=3&article>
5. Бенсман В.А. Экологическое состояние территории полигона Эмба, 2007. <http://ecoservice.kz/index.php?route=article/article&apath=3&article>
6. Баялиева Р.А., Кенесарина М.И., Амрин М.К. Оценка качества среды и состояния здоровья населения региона полигона ядерных испытаний «Азғыр» . Вестник КанНМУ. -№3-2016. – С.1-3

5. Кожухметов Н.Б Гигиеническая оценка загрязнения почвы радионуклидами, тяжелыми металлами и его влияние на здоровье населения региона полигона «Азгыр». Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. г. Алматы, 2007.
6. Бегимбетова Г.А., Канаев А.Т., Джиенбаев Б.М., Канаева З.К. Оценка техногенного загрязнения почвенного покрова прикаспийского региона радионуклидами. Наука и новые технологии, №4, 2009. – С. 112-115
7. Бенсман В.А. Состояние экологии территории и здоровья населения полигона «Тайсойган», 2007. <http://ecoservice.kz/index.php?route=article/article&apath=3&article>
8. Кенесариев У.И., Кожухметов Н.Б., Бекмамбетова Ж.Д., Ибраимова А.А. Загрязнение почвы Западного Казахстана в результате ракетно-ядерных испытаний. V Международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье», посвященная 20-летию прекращения ядерных испытаний на СИЯП 29 августа 2009 г. – Семей. – 2009. – 231 с.

СКРИНИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ КУРЧУМСКОГО РАЙОНА ВОСТОЧНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахметова Д.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Аннотация. В настоящее время детское население является наиболее уязвимой группой среди населения. В данном материале дан анализ скрининга детского населения ВКО. Выделены ведущие нозологические формы заболеваний, группы здоровья среди детей и подростков Курчумского района.

Ключевые слова: дети, группа здоровья, заболеваемость, подростки, скрининг.

Введение. В литературе широко представлены работы, посвященные изучению влияния медико-биологических факторов риска на показатели роста и развития детей [1].

Комплексное динамическое исследование параметров биологического развития, а также оценка влияния факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков продолжают оставаться актуальной современной научно-практической проблемой, требующей продолжения изучения [2].

Целью работы было оценка состояния здоровья детей, проживающих в сельской местности Восточно-Казахстанской области.

Материалы и методы. Анализировались материалы скрининга детского населения сел Такыр, Аманат, Кунгей-Букенбай и Акчи Курчумского района ВКО. По рельефу и климатическим условиям исследуемые территории относятся к степной умеренно засушливой зоне. Окружающая среда характеризуется избыточным радиационным фоном.

Результаты и обсуждения. Анализ показал, что для детского населения села Акчи характерны частые инфекции верхних дыхательных путей – 25%. В структуре заболеваемости преобладают железодефицитные анемии, аллергозы (25%). На 2-м месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в частности эндемический зоб) – 20%. Среди подростков здоровых было 31%. По заболеваемости 1 место занимали болезни эндокринной и костно-мышечной систем (31%), 2 место – психические расстройства (умственная отсталость), болезни органов пищеварения и врожденные пороки развития (пороки сердца) - 8%.

Для детского населения села Кунгей-Букенбай характерны были частые инфекции верхних дыхательных путей – 33%. В структуре заболеваемости преобладали болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и заболевания костно-мышечной системы - 19% (в частности эндемический зоб). На 2-м месте были болезни системы кровообращения - 5%. Среди подростков по заболеваемости 1 место занимали болезни эндокринной системы (50%), 2 место – заболевания костно-мышечной системы (33%) и 3 место болезни органов пищеварения (17%).

По данным скрининга 73% детей в возрасте 3 мес.-6 лет и 7-13 лет отнесены были к I группе здоровья, т.е. эта группа здоровых детей,

физически и психически нормально развивающихся, без функциональных отклонений. II группа здоровья включала в себя детей, имевших некоторые морфофункциональные отклонения, общую задержку физического развития без эндокринной патологии, дефицит или избыточную массу тела, физические недостатки, последствия травм или операций при сохранности соответствующих функций органов, часто и/или длительно болеющий острыми респираторными заболеваниями. К этой группе отнесено было 18% детей в возрасте в возрасте 3 мес.-6 лет и 15% детей в возрасте 7-13 лет. К III группе здоровья было отнесено 18% детей в возрасте 3 мес.-6 лет и 8% детей в возрасте 7-13 лет с наличием хронических болезней или врожденной патологией в стадии компенсации, редкими обострениями, сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, со степенью компенсации, не ограничивающей возможность обучения ребенка.

Выводы. Таким образом, скрининг показал, что требуется необходимость разработки и внедрения целевых программ по укреплению здоровья детского населения.

Заключение. Востребована необходимость проведения более углубленного комплексного анализа территории с оценкой состояния окружающей среды, выделением групп риска с последующим мониторингом их состояния.

Список литературы

1. Avdeeva M.S., Tulyakov O.V. Perinatal factors in uence on motion functions development of rst-graders. //Pediatriya. -2012.-№2.-p.132–135.
2. Яценко А.К., Транковская Л.В. Влияние факторов окружающей среды, обучения и воспитания на биологическое развитие детей (обзор литературы) // Гигиена и санитария – 2015.-№5.- С. 103 – 105.

АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫ МЕДИЦИНА САЛАСЫНДА ҚОЛДАУ

Совет Е.Ғ. - ҚарМТУ студенті
Ғылыми жетекші – аға оқытушы Сайлауқызы Ж.

Аннотация. Ұсынылған мақалада ақпараттық технологиялардың медицинадағы рөлі айқындалды. Сонымен қатар, құрылып отырған бағдарламалық қамтама арқылы дәрігерлер мен науқастар арасындағы құжат айналымының ыңғайландыру тәсілі жүзеге асырылды.

Кілттік сөздер: деректер базасы, бағдарламалық қамтама, емхана, MS SQL сервер, медицина, үлкен деректер.

Кіріспе. Соңғы жылдары жаңа индустрия мен жаңа технологияларға арналған техникалық құралдарды, әдістерді, технологияларды өндіруге байланысты ақпараттық сала ұлғаю үстінде. Бұл индустрия компьютерлік технологияны дамытумен тығыз байланысты екені айқын.

Қазіргі таңда үлкен деректер ақпараттық технологияларды дамытудағы басым бағыттардың бірі болып табылады. Болашақта барлық медициналық «манипуляциялар» электрондық базада сақталатындығы айқын болуда.

Медициналық деректердің орасан зор дүниежүзілік массивінде статистикалық байланысында таба алатын машиналық оқыту алгоритмдері пациентке және оның емдеуші дәрігеріне болжамдар мен ұсыныстар жедел берілуде.

Деректер базасы (ДБ) белгілі бір ережелерге сәйкес және белгілі бір құрылымға ие деректер жиынтығы болып табылады. Құрылып отырған бағдарламалық қамтамада (БҚ) ДБ пайдалы функцияны іске асыруға мүмкіндік беретін көмекші құрал ретінде пайдаланылды.

Зерттеу мақсаты емхананың деректер базасын, сондай-ақ, осы деректер базасымен өзара әрекеттесетін бағдарламалық қамтаманы жүзеге асыру.

Құрылып отырған БҚ Microsoft SQL Server 2017 кросс-платформасының деректер базасын басқару жүйесі (ДББЖ) негізінде жасақталды.

Ақпараттық қосымша-ақпаратты жинауға, сақтауға, іздеуге және өңдеуге бағытталған қолданбалы бағдарламалық жүйе.

Ақпараттық қосымшалардың басым көпшілігі пайдаланушымен диалог режимінде жұмыс істейді. Нәтижелер мен талқылаулар. Бағдарламалық қамтамада дәрігерлер мен науқастар арасындағы жұмысты оңтайландыру жүйесі әзірленді.

БҚ іске қосу барысында техникалық талаптарға сай персоналды компьютерде Microsoft SQL Server 2017 ДҚБЖ және Java бағдарламалау тілі болуы қажет. БҚ Серверге қосылғаннан кейін 1.1,1.2 - суретте көрсетілген «Емхана» бағдарламасының басты терезесі пайда болады.

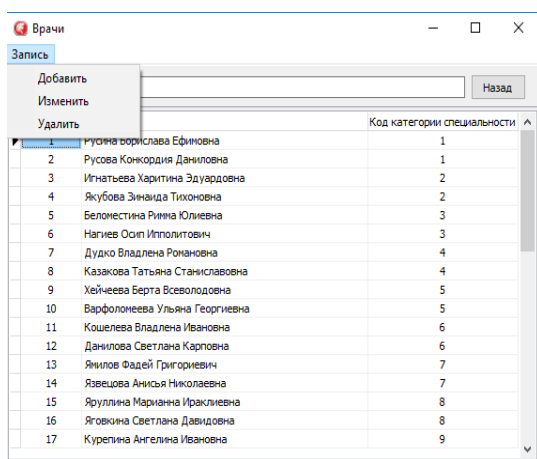


Сурет 1.1 – «Емхана» БД бағдарламасының басты терезесі



Сурет 1.2 – «Емхана» ДБ бағдарламасының басты мәзірі

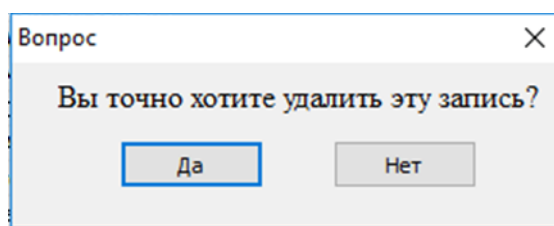
Бағдарламаық қамтамада 1.3 – суретте деректерді редакциялау терезесі көрсетілген. Деректерді жаңадан енгізуге (1.4-сурет), өзгертуге (1.5-сурет) және өшіруге (1.6-сурет) болады.



Сурет 1.3 – Деректерді редакциялау терезесі

Сурет 1.4 – Деректерді қосу терезесі

Сурет 1.5 – Деректерді өзгеру терезесі



Сурет 1.6 – Деректерді жою терезесі

Қорытынды. Мақалада талқыланған «Емхана» деректер базасы бүгінгі күні өзекті болып табылады және практикалық маңызы зор. БҚ емхана қызметкерлері жұмысында, қызметкерлер мен пациенттердің арасындағы құжат айналымы барысында тиімділікті арттыратындығы көрсетілді.

Әзірленген «Емхана» бағдарламасы тестілеу және түзетуден өтті. Қажет болса, бағдарлама кодына өзгерістер енгізе отырып, қолданбаларды жетілдіруге болады.

Пайдаланылған әдебиеттер

1.[Аблязов В.И., Редько С.Г. Методические указания по выполнению лабораторных работ - 2008г. 49 с.]

ОЦЕНКА МЕДИКОСОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Жандарбеков О.Б.- Резидент-пульмонолог

Ибраева Л.К - Научный руководитель

Заведующий кафедрой внутренних болезней №3, д.м.н.

НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация. При анализе смертности от заболеваний органов дыхания в Карагандинской области выявлено превышение среднереспубликанского уровня в 1,4 раза. В структуре смертности от болезней органов дыхания всего населения

Ключевые слова: смертность; хронические болезни легких; преждевременная потеря лет.

Цель. Анализ смертности от заболеваний органов дыхания в Карагандинской области.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ глубиной в 10 лет показателей смертности от заболеваний органов дыхания полученных за 2008-2017 гг. в Карагандинском филиале Департамента статистики.

Результаты и обсуждение. Уровень смертности от заболеваний органов дыхания по республике составил 92.2 человек на 100 тыс. населения, в Карагандинской области 101.33 на 100.тыс населения. Наиболее высокие показатели по смертности от болезней органов дыхания (БОД) в РК отмечаются в северных и восточных регионах (СКО, Костанайской области и ВКО), наиболее низкие - в Мангыстауской области, ЮКО и г.Астане. В динамике с 2008 по 2017 гг. по всем регионам РК, за исключением ЮКО и Мангыстауской области отмечался прирост показателей смертности от 8,4% в г.Астане до 5,3 раза в Атырауской области. Прирост смертности в Карагандинской области, в промышленном регионе Казахстана с горно-добывающими предприятиями, составил 87,1%. В динамике наблюдается рост смертности от заболеваний органов дыхания с 2008 года когда средний показатель составлял 49,5 на 100 тыс. населения, а в Карагандинской области 54.16. тем самым с 2008 года по 2017год средний показатель в области вырос на 51.83.% Это превышает средние показатели по Республике, однако в сравнении с Северо-Казахстанской областью которая занимает лидирующие позиции где за 10 лет средний показатель вырос на 89%, Карагандинская область незначительно превышает средние показатели по Республике.

Введение Смертность по причине заболеваний органов дыхания в структуре Республики Казахстан занимает лидирующую позицию.

По возрастным категориям в Республике рост показателей смертности имеет зависимость в зависимости от возраста. Так же по результатам исследований в Республике Дагестан рост показателей смертности от болезней органов дыхания также имеет линейную зависимость от возраста и достигает максимума в возрасте 70 лет и старше, а смертность мужчин превышает показатели для женского населения.

На смертность от БОД оказывает влияние и этническая принадлежность, однако это влияние не является определяющим

Заключение и выводы: Приведенные данные свидетельствуют о большом медицинском и социальном значении для страны и регионов патологии органов дыхания, необходимости в проведение дальнейших мероприятий в соответствии с клиническими рекомендациями с целью снижения смертности населения от заболеваний органов дыхания.

Список литературы.

1. Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды РК. Министерство энергетики РК, Департамент экологического мониторинга, РГП «Казгидромет», Астана; 2015, 2016, 2017.
2. Муминов Т.А. Пульмонология. Доклады Национальной академии наук Республики Казахстан 2011;2:17- 32. URL: <http://nplib.library.kz/elib/library.kz/journal/Muminov0211.pdf> (дата обращения 02.04.2019).
3. www.medinfo.kz

COMPARATIVE ANALYSIS OF INDIAN AND KAZAKH MEDICAL EDUCATION SYSTEM

MAHENDRA SINGH RATHORE

Student 2nd year

Scientific director Ph.D., Associate Professor Aitzhanova A.K

Karaganda Medical University

Annotation: This article was written as part of a comparative analysis of Kazakhstan and Indian models of medical education. It analyzes the features and benefits of each of these systems. The peculiarity of the article is its basis on the practical experience of the Indian student.

Key words: Indian medical educational system, Kazakh medical educational system, benefits, comparison, students.

Introduction

Indian Medical Education and Kazakhstan Medical Education, both the education systems are very good for their countries. Indian Education System has its own features, which are mainly based on practice, but Kazakhstan Medical Education System depends on Western Cultural Medical Education system. They first want to study theory then they do practice. It is very beneficial for those students who want to have extra knowledge.

Objective: Both systems main objective is that, there country will be healthy and patient get profit from their treatment.

INDIAN

According it the students time will not be wasted, because of this they apply or study their medical knowledge, in once . In the starting of their medical studies they have permission to practice on Cadaver. So they have opportunity to get practical knowledge in the beginning of studying.

KAZAKHSTAN

«In the past few years, Kazakhstan has shown a rapid growth in the field of medical education. Many medical universities in Kazakhstan offer MBBS, MD and other medical courses at a very low price and with a very good quality. Kazakhstan has maintained long term relations with many international universities around the world»[1].

According educational system of Kazakhstan, the students time can be used, there is no problem, but students have full knowledge about their profession. Because of this process, any patient cannot have any type of harm. They want to do any work step-by-step.

Materials and methods

This article is based on the personal experience of a foreign student studying at the Medical University of Kazakhstan. When writing an article, the method of philosophical comparativistics was used.

Result and discussion

Both the countries have same materials for medical purpose. Both have best equipment for their doctors and research work. Like in emergency situation, they have superfast machines that can detect what injury , the patient have .

Because of this difference in methods of studying, many students get benefit by studying in Kazakhstan Universities. Because they study both pattern of studies. First they study in Kazakhstan and then go to India and complete there internship, at that time they can experience Indian Medical Education. «The Internship is different from House Officership (which may follow Internship), as understood in UK and other countries. The latter is not a compulsory tenure. The House Physician or House Surgeon, unlike an Intern, works in a particular department of his or her choice and is paid a monthly 'salary' for his work in the hospital (especially, in the UK). The American counterpart is simply called a "Resident" (i.e., a Resident Physician or a Resident Surgeon)»[2].

Many things that are like by Indian students in Kazakhstan, that there medical universities are very hygienic . They mainly focus on hygienic of university building.

Conclusion

Finally we can say that both the Education systems are good, as compare to their situations.

Both countries have their own problems regarding the medical representative. In India there is more population but they don't have large population of doctors. But in Kazakhstan , population is less and doctors are more , it is benefit for their population and because of large population of doctors they don't have to worry, that they have to produce large population of doctors , but India have this problem so they don't have time, because of this they are doing practice when they are studying medicine.

Referances:

<https://counsellingindia.in/mbbs/kazakhstan/>

Ayona Bhattacharjee (2013). "Migration of Indian health professionals to selected European nations: The Case of Denmark, Netherlands, Norway, Sweden" (PDF). CARIM-India Research Report 2013/07. Page 10.

SOCIAL AND MORAL ASPECTS OF THE ORGAN DONATION AFTER THE DEATH

SAINI DIKSHA

Student 2nd year

Scientific director Ph.D., Associate Professor Aitzhanova A.K

Karaganda Medical University

Annotation: this article was written as part of a comparative analysis of kazakhstan and india on social and moral aspects of organ donation after death. It analyses the features and benefits each of these systems. The peculiarity of the article is its basis on the comparison between these two countries.

Key words: organ donation, kazakhstan, india, organ donor, ttransplantation.

Introduction: organ donation and can save and enhance more than 100 lives through the lifesaving and healing gift of organ donation. Organs that can be donated after death are the heart, liver, kidneys, lungs, pancreas and small

intestines. It can be hard to think about what's going to happen to your body after you die, let alone donating your organs and tissue. But being an organ donor is a generous and worthwhile decision that can be a lifesaver.

Objective: main object of this article is that, is it right or wrong to donate organ and its includes some statistical data.

Comparison between kazakhstan and india:

KAZAKHASTAN: although most kazakhs are still hesitant about organ donation, transplants are conducted to help those in need of a match. Yet the procedure faces problems, such as the absence of an adequate legal base, the country's own pool of donor organs and the low level of explanation and promotion .Some recent data of kazakhstan in organ donation in 2013, surgeons performed 21 liver, 141 kidney and two heart transplants; in 2014, 32 livers, 185 kidneys and seven hearts. Through nov. 1, 41 livers, 172 kidneys and 18 hearts have been transplanted into patients requiring new organs, according to the national coordinating centre for transplantation (NCCT) [1].

India: there is belief in rebirth in many people and such persons fear that they will reborn without the organ they have donated in next life. Although no religion or scripture expressly states anything against organ donation, many preachers give a confusing signals regarding theology.

And organ donation. Some recent data in 2018, there were 17,554 donors, 36,529 transplants, and 113,759 waiting list. [2].

Material and methods: face to face interviews were carried out using pretested tools which included the socio demographic data. Data was analyzed using statistical package for social sciences version.

Results: overall, 59.6% participants showed the willingness to donate organs. Females (64.1%) and participants from upper socio economic status (62.7%) had higher willingness rates for organ donations. Hindus (63.6%) and christians (63.3%) had higher willingness rates for organ donations than muslims (38.2%). Also, 23.7% participants showed willingness to donate eyes and 33.6% wished to donate any organ after death. Most of the participants (67%) were aware that money should not be accepted for donating organs, and 58.1% were aware that it is an offence to accept any benefit for organ donations [3]. **CONCLUSION:** one of the few studies in a developing country like India and Kazakhstan that has the determinants of attitudes regarding organ donation among the people. There was high level of awareness about various aspects of

organ donation, except for the medico-legal aspects. However, a high proportion of the participants did not have positive attitudes towards donating or receiving organs when such occasion arises. The negative attitude towards organ donation was driven by religious beliefs and perceived risks to the donor.

The reasons of unwillingness need to be looked into carefully and dealt with to increase acceptability towards organ donation in our country. Thus there is a need for removing misconceptions in the minds of the public regarding organ donation along with increasing the access to the organ donation services.

Though the present study explores the perceptions and attitudes of general population towards organ donation, it is also important to study the perceptions and attitudes of terminally ill patients towards organ donation as they can be the potential donors in most number of cases.

Reference:

<https://astanatimes.com>

<http://optn.transplant.hrsa.gov/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

ҰЯЛЫ ТЕЛЕФОННЫҢ ПАЙДАСЫ МЕН ЗИЯНЫ

Қарағанды медицина университеті

Ғылыми жетекші Биология кафедрa мұғалімі Қуватбаева К.Н.

Жақсылық Алтынай 5В060700-Биология мамандығы 1-002 тобы.

Андатпа: Бүгінде ұялы телефондарсыз жұмыс істеу, істі бітіру мүмкін емес жағдайға жеттік. Қазір екінің бірінің қолында ұялы телефон. Жас та, кәрі де бір-бірімен телефонды құлаққа тосып, күндіз-түні сөйлесумен болады. Бұрын ұялы телефон дегенді тек қана қалталы азаматтардың қолынан көретін болсақ, осы күні титтей балалардың да қолынан түспейтін ойыншыққа айналған. Оны айтасыз, алыстағы ауылдарыңыздың «өзінде» соткасыз» үй жоқ. Қазіргі уақытта ұялы телефон балада да, жасөспірімде де, үлкендер мен қарттарда да бар. Бұл зерттеу жұмысы екінің бірінің қолында, жамбасында, қалтасында, сөмкесінде, кеудесінде жүрген осы «сотка» дегеннің адамға қаншалықты пайдалы және зиян екендігі туралы ой қозғалады.

Кілт сөздер: ЭМТ-Электромагниттік толқындар., ДСҰ- Денсаулық сақтау ұйымы., ДНК-Дезоксирибонуклеин қышқылы., ЭМС- Электромагниттік сәулелері., ГЭФ-Гематоэнцефалика., ЭМ- Электромагниттік., МГц- Мегагерц.

Ұялы телефонның шығу тарихы. 1875 жылдың 2 маусымында Бостон университетінің Шешендік өнер мектебінің профессоры Грехем Белл ең алғаш рет байланыстырушы сымдардың көмегімен өз көмекшісінің даусын естиді. Өнертапқыш шотландтықтың бұл жаңалығы тарих бетінде телефон деген атпен қалды. Бір қызығы, өнертапқыштың есімі ағылшын тілінен аударғанда, «қоңырау» деген мағына береді.

Арада бір ғасырға жуық уақыт өткенде ең алғашқы ұялы телефондар пайда болды. Иллинойс технологиялық институтының түлегі Мартин Купердің өнертапқыштық бұл жаңалығын қазір әлем халқының жартысына жуығы күнделікті қолданып отыр.

Ұялы телефонмен жасалған алғашқы нағыз байланыстың тарихы 1973 жылдың 3 сәуірінен басталады. Ұялы байланыс компаниясының қызметкері Мартин Купердің зерттеулер бөлімінің басшысы Белл Лабзға Нью-Йорк көшелерінде серуендеп жүріп соққан қоңырауы ұялы телефонмен алғашқы байланыс орнату саналады. Купердің өзі таратқыштан сигнал жіберу хаттамасының негізгі құрастырушысы еді. Ал ол қолданған телефонның салмағы, яғни ең алғашқы ұялы телефон 1,15 килограмм тартатын.

Сол уақыттары Нью-Йорк әлемдегі ұялы байланыстың базалық станциялары орнатылған әлемдегі жалғыз нүкте болды, төрт жылдан соң Чикагода 2000 абоненттік тәжірибелік ұялы желі құрылды. Ал 1979 жылы бұл өнертапқыштық жаңалыққа Күншығыс елі зор қызығушылық білдіріп, 88 базалық станциядан тұратын алғашқы ұялы байланыстың қызметін бастады.

Қазір әлемде ұялы телефондардың қолданыс аясы өзінің байланыс орнату шегінен асып кетті. Телефондар өмірдің барлық саласында қолданылуда.

Ұялы телефон қазіргі заманда адамның ажырамас көмекшісіне айналды.

Түрлері. Ұялы телефондарды мынадай түрлерге бөлуге болады:

- Жай ұялы телефон/смартфон
- Ұялы бейнетелефон

Пішініне қарай: моноблокты, жайылмалы, сырмалы, т.б.

Жай ұялы телефонда қоңырау шалу/қабылдау, SMS, соңғы кездері фото/бейнекамера, саз, флеш-жад, Интернет, MMS, Bluetooth, IrDA деген сияқты функциялары бар. Бұл қатар уақыт өткен сайын көбейіп барады.

Ұялы телефонның артықшылығы. Ұялы телефон – сымсыз байланыстың ең озық та, қолжетімді түрі. Қазіргі кезде қалта телефоны зор маңызға ие болып үлгерді. Осыдан 5-6 жыл бұрын қалта телефоны маңызды жұмысы бар азаматтарда ғана болса, қазір екінің бірінде кездеседі. Тіпті мектеп табалдырығын енді аттаған жас жеткіншектердің өзі бұл телефонның соңғы үлгідегі бағалысын ұстайды. Ұялы телефон біреумен кезігерде оңай тауып алуға, бір нәрсе жайында сұрай салуға, алыстағы ағайынның жағдайын біліп тұруға таптырмайтын құрал.

көтергішпен құлақтан алыс ұстап сөйлескені жөн, бұл айтарлықтай зиян емес.

Ұялы телефонның кемшілігі. Ең бастысы адам денсаулығына зиян болып келеді де, көптеген аурулар пайда болады. Осымен қатар, сіз ұялы телефондарға тәуелді боласыз. Жастар көп функционалды бұл дүниелердің адам денсаулығына зиян келтіретін тұстары бар екенін біле бермейді. Ұялы телефоннан шығатын ЭМТ адам денсаулығына зиян келтіреді. Халықаралық ДСҰ осылай деп отыр. Себебі, жүргізілген зерттеулердің нәтижесінде ғалымдар телефонмен көп сөйлесетін жандарда бас ауруы, ұйқышылдық, ашушандық белгілері кездесетінін анықтаған. Сондай-ақ, ұялы телефоннан бөлінетін ЭМТ-дардың есте сақтау қабілетін нашарлататынын, қатерлі ісіктің пайда болуына әкеп соқтыратынын дәлелденген.

Ұялы телефонның пайдасы. Әр адам және кез келген уақытында пайдалана алады. Яғни, әр түрлі жағдайда адаммен хабарласа алады. Екіншіден, ол өте кішігірім болып келгендіктен, күнделікті өмір де өзіңізбен ұстай аласыз. Ұялы телефон, смартфон, планшет – айшылық алыс жерлерден жылдам хабар алғызатын бұл гаджеттер бүгінде кез-келген жастың айрылмас серігіне айналды. Олар байланыс құралдары арқылы бір-бірімен хабар алмасып, қоңырау шалып, хабарлама жазысады. Суретке түсіп, интернет пен әлеуметтік желілердегі ақпараттармен сусындайды. Ойындар ойнап, фильм көріп, кітап оқып, сүйікті әуендерін тыңдайды. Ұялы телефон қазіргі адамдардың ажырамас бөлігіне айналды.

Денсаулықтан қымбат не бар дейміз, алайда ұялы телефонның зиянын біле тұра не істемек керек?

Әйел адамдар үнемі ұялы телефондарын сөмкелеріне салып жүргені дұрыс. Ер адамдарға да қазір әмиян секілді шағын, ұстайтын бауы бар сөмкелер шығарылған, сондай сөмкелерге салып жүргені абзал. Ал телефонмен сөйлескенде құлаққаппен немесе дауыс көтергішпен құлақтан алыс ұстап сөйлескені жөн, бұл айтарлықтай зиян емес.

Көлікте отырып телефонмен сөйлесу апатты жағдайларға алып келеді. Сол үшін қазір көптеген елдерде көлікте телефонмен сөйлесуге қатаң тыйым салынады. Ереже бұзғандар айыппұл төлейді. Ал сөйлесетін жағдай бола қалса, құлаққаппен немесе дауыс көтергішпен сөйлескен жөн.

Ұялы телефонды қалай қолдануды бәрі де біледі десек артық айтқандық емес. Біздің айтпағымыз бұл да емес. Біз телефонды қолдану кезінде ескеретін жағдайларды айтқымыз келіп отыр. Мобильді телефоны бар адамдар үнемі телефонын қасында алып жүруі керек. Себебі, бір танысыңыз маңызды шаруалармен қоңырау шалса, сіз алмасаңыз, біріншіден ол кісінің ашуын келтіресіз, екіншіден, дер кезінде тұтқаны көтермесеңіз кейіннен кеш болып қалуы мүмкін. Қоғамдық орындарда да сөйлесуге болмайды.

Өзгелерге кедергі келтірмес үшін тасалау жерге немесе адамдар аз орындарда мүмкіндігіне қарай сөйлесерсіз. Қандай да біреу қоғамдық көлікте немесе көпшілік орында жүргенде қоңырау шалса, жұмысын қаншалықты маңыздылығын біліп алып, сәлден кейін қоңырау шалсам бола ма деген секілді өтініш жасап көрген абзал. Не болмаса мынанша уақыттан кейін қайта хабарласа аласыз ба деген өтініш те айтып көріңіз. Ең бастысы көпшілікке зияныңыз тимесе болды.

2011 жылдың аяғына қарай Малайзиялық Епмас компаниясы мұсылман қауымына ерекше сый жасады. Құбыланың орналасқан бағытын көрсететін, намаз уақыты кіргенде автоматты түрде дыбыссыз режимге көшетін және өзге де “ақылды” функциялары бар мобильді телефон шығарды.

Ұялы телефонның зияны. Ұялы телефон балалардың денсаулығына кері әсер етеді екен. Есте сақтау қабілеті нашарлайды. Танымдық қабілеті төмендейді. Бойды сүлесөктық пен бойкүйездік билейді. Балалардың көбісі ашушаң, шаршауық, жүйкесі тез құриды. Ал ұялы телефонмен ұзақ сөйлесетін балалардың жүйкесі жұқарып,

депрессиялық синдромға ұрынуы жиілейтін көрінеді. Адамдар пойызда, лифт ішінде телефонмен сөйлесіп жатады. Ең зияны да осы екен. Ұялы телефонның антеннасы мұндай жағдайда жоғары деңгейде радиация шығарады. Бұл айналып келгенде адамның дене бөліктерін қыздырып, денсаулығына кері әсер беретін көрінеді. Әсіресе, жастар күндіз-түні ұялы телефонға жабысып, қолдарынан бір тастамайды. Түнімен музыка тыңдайды, бір-біріне хабар жібереді. Зарядтайтын қондырғы жарты метр жерде болса, онда жоғары кернеулі электр сымның астында ұйықтағанмен бірдей екен. Тіпті мұның соңы мида қатерлі ісіктің пайда болуына әкеледі. Ғалымдар сұмдық сорақы жайттарды да анықтап отыр. Ұялы телефонмен ұзақ сөйлессеңіз, ол адам миын бір градусқа дейін қыздырады екен.

Шведтік ғалымдар пайдаланушылардың 84%-ы құлақ тұсында температураның көтерілуін, 60 ұйқышылдыққа бейімделуін, 50%-ы бас ауруының күшеюін анықтаған.

Анкара дәрігерлер палатасынан жасалған мәлімдемеде ұялы телефон және оның станцияларының мектептің ауласына, бала бақшалар, ауруханалар, саябақ секілді әлеуметтік тұрмыс мекендеріне құрылмауы керек екені айтылды. Мәлімдемеде сондай-ақ былай делінді: «5 Еуропа елінде жасалған зерттеудің қорытындысы ең аз дегенде 10 жылдан бері ұялы телефон қолданған адамдарда кейбір ми рагының кездесу жиілігінің артқанын көрсетті. Осы мәселемен бірге ДНҚ-дағы өзгерістер, жүйке клеткаларындағы өзгерістер, мидың жұмысы мен ұйқыдағы өзгерістер секілді аурулар да ортаға шығуда».

Ұялы телефонмен сөйлесуден гөрі хабарлама жазу балалар мен жасөспірімдер үшін қолайлы. Себебі сөйлесу кезінде құлаққа берілетін электромагниттік сәулелер хабарлама жіберуден әлдеқайда көбірек бөлінеді.

Алайда аппараттың құрамдас, айырылмас мүшесі "Transmitter" іске қосылған кездері ғана адам ағзасына зиян әкеледі. Әсіресе, телефондағы sim-картаны оператормен байланыстыру мақсатында аппарат антеннасында өндірілетін электромагнитті энергия зиян.

Телефон антеннасынан бөлініп шығатын энергия ауаға таратылып қоймай, адамның құлақ тұсындағы тірі клеткаларға жұтқызылады. Өйткені энергия ешқайда жоғалып кетпейді, бір түрден екінші бір түрге айналады.

Ол клетка миға құтқару сигналын жібереді, алайда ол сигналдың қуатын телефоннан шығып жатқан сигнал қуаты басып кетеді.

Құлақ тыңдағыш арқылы 70%-дай азаяды. Зиян тигізілетін уақыт сигналды қабылдағаннан кейінгі 20-30 секунд. Одан ары зиян күші күрт азаяды.

ЭМС-дің адам ағзасына тигізер зияны туралы жинақталған білімдер, телефонның сәулеленуі сияқты басқа да электромагниттік сәулелендірулер онымен байланысқа түскен адамдар денсаулығына, физиологиялық жай-күйіне әсер етеді.

Ұялы телефонның жұмыс жасап тұрғандағы сәулелендіру аумағы бастың ми қалпақшасы мен есту, көру қабілетіне едәуір әсері болатындығында. Ұзақ мерзімді сәулелендіру мидың кейбір құрылымдарының биоэлектрлік белсенділігіне әсер етуі мүмкін және оның жұмысына кері әсерін тигізеді. Еуропа ғалымдары жақында мынадай қорқынышты қорытынды жасады: 10 жылдан артық ұялы телефонды пайдаланған адамда мидың ГЭФ-лық кедергілерінің бұзылуы басталады, яғни миға зиянды заттардың кірмеуіне себепкер болатын сүзгіштің қабырғалары бітеледі. Бұл болашақта адамды мидың қатерлі ісік ауруына шалдығуына әкеліп соқтырады. Біздің өміріміздегі соқпақтар мұндай ЭМ-тік қысымды көтере алмауы мүмкін.

Кейбір сарапшылар «адамдардың басым көпшілігі Альцгеймер және Паркинсон ауруларына шалдығады» деп жорамалдайды. Сонымен қатар жүргізілген тәжірибеге сүйене отырып, сәуленің әсері тек жинақталып қалмайды, кейінгі ұрпаққа беріледі деген қорытындыға келіп отыр.

Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының басшылығымен «Interphone» деген атаумен зерттеу жүргізілген 2000-2004 жж. аралығында 13 елде жүргізілген зерттеуге 12800 адам тартылған. Ұялы телефон пайдалану мен ми ісігі арасында өсу жағдайы 8 жағдайдың алтауында анықталса, 1 зерттеу бойынша ми ісігінің бірі глиома 39% өскен. Күніне 4 реттен артық пайдаланушылардың бас ауруы 3,6 есе көбейген, қан қысымы жоғарылаған. 1 сағаттан артық күніне 2 реттен артық сөйлесушілерде ми рагына шалдығушылар артқан. Ұлыбритания, Жапония елдерінде жасөспірімдердің ойлау қабілетінің төмендеуі, тұйықталуы, ашуланшықтығы жиі кездесіп, ұялы телефонды 16 жастан бастап ұстауға болады.

Алайда асыра пайдалануға, уақытты ұтымсыз бөлуге рұқсат бермеуді ұсынады.

Ұялы телефонды қауіпті деп санауға болатын 2 себеп: "Канцерогенді болуы мүмкін" – Халықаралық Денсаулық сақтау ұйымы ұялы телефоннан шығатын, көзге көрінбейтін ЭМТ осылайша сипаттады. Ғалымдар қауіпті аурулар мен телефонның толқындары арасында тікелей байланыс тапқан жоқ, дегенмен зерттеулер жалғасуда, ал "мүмкін" сөзі қорқуға себеп береді.

1. Ғалымдардың жүргізген зерттеулері бойынша, адам ұялы телефонды қолданғанда оның миы басқаша жұмыс істей бастайды. Бір сағаттық әңгіме нәтижесінде, телефон қойылған жақтағы мидың бөлігінде көбірек глюкоза алмасуы болады. Бұл зерттеулер де әлі жалғасуда, мамандар бұл факті адамның денсаулығына қалай әсер ететінін айта алмай отыр. Алайда телефон миымызға әсер етіп, жұмысын өзгертіні рас.

2. Соңғы жылдары бас аймағында ісіктерге шалдыққандардың саны өскені белгілі. Дәрігерлердің көпшілігі бұны ұялы телефонмен байланыстырады.

Ұялы телефонды көбірек қолданған сайын, ісік сияқты қауіпті ауруларға тап болу мүмкіндігі өседі. Ғалымдардың телефонды мүлде қауіпті деп, оған тыйым салғанын күтпей-ақ, қазірден бастап қорғаныңыз.

Заманауи адамға телефоның өте қауіпті десе де, онсыз өмір сүруге келіспес еді. Ұялы телефонды тастауға асықпай, кейбір шараларды қолға алсаңыз, оның жаман әсерінен кішкене болса да, сақтана аласыз.

- Ұялы телефонға құлақшын жалғап, сол арқылы сөйлесіңіз.
- Телефонды қалтада, белдікте, ұстамаңыз. Телефонды қолда ұстап, жастықтың астына салып ұйықтамаңыз.
- Мүмкіндік болса, қоңырау шалғанның орнына хабарлама жаза салыңыз.
- Желі "ұстамайтын" жерлерден қайта-қайта телефон шалуға тырыспаңыз. Бұндай кездері телефон одан бетер көбірек толқындар шығарады.
- Балалар электромагнитті толқындардың әсерінен көбірек зиян алады. Сондықтан кішкентайларға телефонды бергеннің алдында, оны "автономиялық" режимге қойыңыз.

Басыңызды абайлаңыз! Қалталы телефоннан бөлінетін электромагниттік толқындарды көп жылдан бері зерттеп келе жатқан ғалымдар осындай тұжырымға келіп отыр. Олар телефоннан бөлінетін электромагниттік толқынның теледидардың, радиотелефон мен компьютердің толқындарынан он есе күшті екенін анықтаған. Олардың пайымдауынша телефонмен сөйлескен кезде одан бөлінетін ЭМТ бас пен жүйке ұлпасына тікелей әсер етеді. Салдарынан ми қызып, жүйке жүйесі әлсіреп, адам ағзасындағы жүрек қан тамырларының айналымы нашарлай бастайды. Иммуниет пен көз жанарына да зияны бар

Ал, ресейлік ғалымдар ұялы телефоннан бөлінетін электромагниттік толқындардың көз жанарына кері әсер ететінін анықтап отыр. Ғалымдардың жүргізген зерттеулері нәтижесінде сынақтан өткен тышқандардың барлығы дерлік көз жанарынан айырылған. Сондай-ақ, зерттеу барысында сынақтан өткен хайуандардың иммундық жүйесі әлсіреп, бұзылғаны анықталды.

Балаларға бермеңіз! Балаларға гаджеттермен ойнауға тыйым салыну керек. Себебі, бұл құрылғылар балалардың , жүйке жүйесі мен ойлау қабілетін нашарлатады. Сондай-ақ, мамандар құрылғылардан бөлінетін сәуленің бас ауруы, есте сақтау және көру қабілетіне душар ететінін анықтап, ұйқысыздыққа шалдықтыратынын дәлелдеген.

Абайлаңыз: Мобильді найзағай! Айтпақшы, телефонның магниттік толқындары мен сәулесінен бөлек, денсаулыққа зиян келтіретін басқа да тұстары бар екен. Мамандардың сөзіне сүйенсек, гаджеттерді күн күркіреп, найзағай ойнаған кезде алып жүру өте қауіпті. Өйткені, олар электр тоғын өткізгіш қасиетке ие болғандықтан найзағай ұру қауіпін тудыруы әбден мүмкін.

Қорытынды бөлім: Ұялы телефонды таңдаған кезде жасың 14 жастан асқан жөн. Ұялы телефоның әрі сапалы, әрі қымбат және міндетті түрде жаңа болсын. Ұялы телефонды сатып аларда SAR өлшемімен танысып , сертификатты талап ет. Күніне сөйлесу уақытын 2 сағаттан аспау керек. Байланыс желісі нашар болған жағдайда ең дұрысы сөндіріп таста немесе SMS қызметін пайдалан. Түнгі уақытта немесе найзағай кезінде телефонды сөндіріп таста. Ұялы телефонды кеудеде, ішкі қалтада, жатын бөлмеде сақтама. Міндетті түрде телефоныңда қабы болсын. Ешқашанда жас сәбидің қолына телефонды ұстатпа.

Ойымды қорыта келе, зияның біле тұра біз немқұрайлық танытпауымыз керек. Ол үшін мен төменгі ұсыныстарды жасаймын: Бұл проблема мемлекет тарапынан қолдау табу қажет, ол үшін бірқатар заңнамалар қабылдану керек. Жалпы халық, жастар арасында семинар, лекторий, дөңгелек үстелдерді өткізуді дәстүрге айналдыру. Дүниежүзілік «Ұялы телефондардың зияндылығын насихаттайтын күн» жариялау керек. Мектептерде ұялы телефонды әкелуге тиым салу. Теледидар, газет-журнал беттерінде зияндылығы жөнінде антижарнамалар, бейнеклиптер көрсету керек.

Гаджеттердің денсаулыққа қауіпті екенін белгілі болса бүгінде олардан бас тартатындар кемде-кем. Керісінше, телефондарға, планшеттерге, смартфондарға деген сұраныс күн санап арта түсуде. Сәйкесінше, ақпараттық технология қарыштап дамыған сайын, аталмыш бұйымдардың қауіптілігі де жоғарлай түседі. Осы ретте мамандар қарапайым қағидаларды ұстана отырып, ұялы телефоннан келетін қауіптен сақтануға болатынын айтады:

Телефон тұтқасын құлақтан кем дегенде 1 сантиметр алыс ұстаған жөн..

Пайдаланған әдебиеттер:

Қазақстан Республикасының Ғылым Энциклопедиясы

1. Қазақ тілі терминдерінің салалық ғылыми түсіндірме сөздігі: Информатика және компьютерлік техника/ Жалпы редакциясын басқарған – түсіндірме сөздіктер топтамасын шығару жөніндегі ғылыми-баспа бағдаламасының ғылыми жетекшісі, педагогика ғылымдарының докторы, профессор, Қазақстан Республикасы Мемлекеттік сыйлығының лауреаты А.Қ.Құсайынов. – Алматы: «Мектеп» баспасы» ЖАҚ, 2002. – 456 бет. ISBN 5-7667-8284-5
2. Қазақстан Республикасының Ғылым Энциклопедиясы
3. www.eycb.coe.int/compass/ru/contents.html.
4. «Денсаулық» журналы. №4. 14-бет. Алматы қаласы. 2008 жыл.
5. «Айқын» газетінің официалды сайты. <http://www.aikyn.kz> .
6. «Валеология» педагогикалық-методикалық журнал. №6. 31-бет. Алматы қаласы. 2007 жыл.
7. Электрондық энциклопедия. <http://www.wikipedia.kz> .
8. Орысша-қазақша сөздік. 66 бет. Алматы. «Сөздік-Словарь» баспасы.

9. Медицина терминдерінің орысша-қазақша сөздігі. Алматы қаласы. «Қазақстан» баспасы. 1982 жыл.

10. «Вестник ЗОЖ» газеті. №3, Ақпан. 17 бет. «Азия-Информ» баспасы. 2007 жыл.

11. «Қазақ мақал-мәтелдері» Ө. Тұрманжанов., К. Ахметбекұлы. Алматы қаласы. «Қазақстан» баспасы. 2008 жыл.

ТОПЫРАҚТЫҢ ТҮЗІЛУІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРАМЫ

Қарағанды медицина университеті

Ғылыми жетекші Биология кафедрa мұғалімі Куватбаева К.Н.

Нұртіллаева Ақерке 5В060700-Биология мамандығы 1-002 тобы.

Андатпа: Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің ботаникалық бағының алма ағашы өсірілген топырағының химиялық құрамы зерттелді. Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің ботаникалық бағының алма ағашы өсірілген топыраққа химиялық талдау жүргізіліп, химиялық элементтердің массалық үлесі анықталды. Топырақтың құрамындағы 40-60 см тереңдіктегі химиялық элементтердің массалық үлесі О-48,98%, Na- 0.83%, Mg- 2.24%, Al- 5.58%, Si -19.52%, P-0.07%, K-1.73%, Ca- 15.49%, Ti- 0.49%, Fe- 4.89%. Ғылыми жобада топырақтың химиялық құрамын анықтау арқылы оның сапасы мен химиялық көрсеткіштерін реттеу тәсілдерін жетілдіру қарастырылған.

Кілттік сөздер: амидтер мен аминдер, ҚР- Қазақстан Республикасы, ҚазҰҒ- Қазақстан Ұлттық Ғылыми академиясы, аммоний мен нитрат иондарының тұздары, инновациялық тәсілдер, натрий катионы, агрохимия.

Тақырыптың өзектілігі. Топырақ құнарына олардың химиялық құрамы да көп әсер етеді.

Мәселен, құрғақ, шөлді аудандар топырағында мөлшерден артық суға еритін тұздар қосындысы жиі кездеседі. Оларды сумен шайып, артық тұздарды топырақтардан кетірмейінше, ол жерлерден жақсы өнім алынбайды. Сонымен қатар кейбір топырақтардың сіңіру комплекстері натрий катионына қаныққан топырақ ортасының реакциясы сілтілі, олардың физикалық қасиеттері өте нашар, ылғалы жоқ кезде қатып, ал ылғал болғанда батпаққа айналып құнарсыз болады. Керісінше, кейбір топырақтардың сіңіру комплексі, сіңірілген сутегі, алюминий катионына қаныққан, олардың топырақ ортасының реакциясы қышқылды болатын көптеген мәдени өсімдіктер үшін құнарсыз болады. Міне осы жағдайларды қолдан жақсартпайынша, бұл топырақтардан жақсы өнімдер алу мүмкін емес. Азот өсімдік үшін негізгі қоректік элементтердің бірі. Топырақтағы азоттың 5%-ы гумус құрамында болады. Азоттың жалпы қоры органикалық заттар мен гумус мөлшеріне тікелей байланысты. Қазақстан топырағының жыртылатын қабатында жалпы азот мөлшері 0,05 %-дан 0,5 %-ға дейін ауытқып отырады. Азоттың жылжымалы формасына жеңіл ыдырайтын азот қосылыстары жатады. Жеңіл ыдырайтын азот қосылыстары дегеніміз топырақ құрамындағы аммоний, нитрат-иондарының тұздары мен жақын аралық мерзімде минералды күйге ауысуға бейім азотты органикалық заттардың (амидтер мен аминдер) жиынтығы. Жеңіл ыдырайтын азот өсімдіктің азоттық қорегінің көзі болып саналады және оның мөлшері көктемнен күзге қарай азаяды. Ал өсімдіктің қоректенуіне қажетті минералды азот қосылыстары (аммоний мен нитрат иондарының тұздары) органикалық заттардың биохимиялық жолмен ыдырауынан түзіледі. Олардың мөлшері топырақ реакциясына, температурасына, ылғалдылығына, агротехникалық шараларға қолданылатын тыңайтқыш түріне қарай өзгеріп отырады.

ҚР-да тек қана жазықтық өңірінің өзінде 700-ден аса топырақ түрі бар. Олардың химиялық, физикалық-химиялық қасиеттері, морфологиялық белгілері мен құнарлығы әр түрлі. Сондықтан топырақтардың қасиеттерін, ерекшеліктерін жақсы біліп, түсініп және оларды тиімді пайдалану үшін классификациялау қолданылады. Жеке жүргізілген ғылыми зерттеулер мәселені тұтас шешуге жол бермегендіктен өнім түсімі жоспарда белгіленген мөлшерден кеми берген. Ауыл шаруашылығындағы технологияларды жаңарту жұмыстарын жетілдіру қажет.

Топырақтағы фосфордың құрамының өзгерісін зерттеу үшін жаңа инновациялық тәсілдер болуы қажет. Топырақтағы фосфор қосылыстары туралы түсініктер фосфордың геохимиясы және агрохимиясының дамуына септігін тигізеді.

Қазақстанда бірінші рет ертедегі Отырар-Түркістан жерінде ауданы 100 гектарлық Ботаникалық бақ салынды. Оның жобасын академик И.О.Байтулин жасады, жоба 1993 жылы ҚазҰҒ академиясының Ботаникалық ғылыми-зерттеу институтында қаралып, бекітілді. Бүгінгі таңда ботаникалық бақта 127 түрлі 50.000 ағаш бар. 2011-2012 оқу жылында әр түрлі 16000 дана тал егіліп, бақ ішіне жеміс ағаштары отырғызылып, жүзім бауы және 12 түрлі раушан гүлі егілген гүлзар жасалды.

Топырақта биологиялық маңызы бар барий, литий, жез, мырыш, бор, титан, мыс, мышьяк, молибден, иод, фтор, кобальт, никель, сияқты микроэлементтер болады. Олар топырақта аз мөлшерде кездескенімен, өсімдіктер өмірінде алатын орны зор, бұлар жетіспесе көптеген өсімдіктер әртүрлі ауруларға шалдығады.

Топырақта биологиялық маңызы бар барий, литий, жез, мырыш, бор, титан, мыс, мышьяк, молибден, иод, фтор, кобальт, никель, сияқты микроэлементтер болады. Олар топырақта аз мөлшерде кездескенімен, өсімдіктер өмірінде алатын орны зор, бұлар жетіспесе көптеген өсімдіктер әртүрлі ауруларға шалдығады.

Жауын-шашын сулары топырақтың құрамына тікелей әсер етіп, ондағы тұздарды ерітеді, сөйтіп оны топырақтың сұйық фазасындағы – ерітіндіге айналдырады. Су топырақтың қатты фазасының құрамды бөліктерін ерітеді, оны бөлшектейді, еріген тұздар түрлі құрамдағы басқа қосылыстар түріне өтеді.

Жасыл өсімдіктер - табиғи лаборатория, олар жер бетінде теңдесі жоқ химиялық процестерді жүзеге асырады, біздерді тағамдық азық-түлікпен қамтамасыз етеді. Олар топырақты желдің бүлдіруінен сақтап, планетамыздағы су айналымын реттеп, сонымен қатар климатқа айтарлықтай ықпал жасайды. Олардың көмегімен ауадағы оттектің қоры

қалыпты жағдайда сақталып, басқа да тірі организмдер үшін пайдасын тигізеді. Күн сәулесінің жарық энергиясы химиялық энергия, осының салдарынан гранулометриялық энергияға айналады. құралады. Азот барлық өсімдіктер мен басқа да тірі организмдер клеткаларының негізі – белоктың құрамында үнемі болады.

Азот фотосинтез жасауға қатысатын хлорофиллдің, протоплазма мен клеткалар ядросының аса маңызды бөлігі – нуклеин қышқылының құрамына кіреді.

Топырақтағы азот түрлі қоспа заттардың құрамында органикалық азот, аммиак тұздары және селитра түрінде болады. Органикалық азот шіріткіш бактериялардың әрекетінен минералдық заттарға (аммиак тұздарына және селитра) айналған кезде ғана өсімдік оны бойына сіңіре алады.

Фосфордың минералдық қосылыстары негізінен сан алуан аз ерігіш минералдар түрінде кездеседі. Минералдардың сандық және сапалық құрамы топырақ түзілу жағдайларына байланысты. Қазіргі таңда фосфоры бар 206 минерал белгілі. Оның ішінде 95 минералға басты катион ретінде темір, 60 түріне алюминий, 56 түріне кальций және 45 түріне марганец кіреді. Көптеген фосфатты минералдарда бірнеше катиондар болады.

Кальций фосфаттарының негіздік қасиеті артқан сайын өсімдіктерге аз сіңіріледі. Өсімдіктерге сіңірілу тұрғысынан келесі суда ерігіш фосфаттар, яғни монокальцийфосфат және кальцийдің гидрофосфаты (брушит- $\text{CaH}[\text{PO}_4] \cdot 2\text{H}_2\text{O}$. Брушиттің %: құрамы CaO — 32,58; P_2O_5 — 41,25; H_2O — 26,17) тиімді. И.П. Гырбучев пен К.Е. Гинзбургтың пікірінше, «Фосфаттардың химиялық формалары гидролиздік және адсорбциялық тепе-теңдік үрдістерінің жиынтығы» болып табылады. Бұл кезде фосфаттардың формалары бір-біріне ауысып отырады. Соған қарағанда гидроксилпатиттің $[\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3(\text{OH})]$ өзі фосфаттардың әлсіз байланысты тұрақты метафосфаттарына өтіп, өсімдіктерді қоректендіруге қатысады. А.Соколовтың пікірінше, фосфордың әртүрлі қосылыстары өсімдіктерді қоректендіру элементтерімен қамтамасыз ету жағынан да, топырақтың құнарлылығын бағалау жағынан да құнды.

Калийде өсімдіктер тіршілігінде аса маңызды физиологиялық рөл атқарады. Ол өсімдіктердің жас, балғын органдарында, протоплазмаға бай жасушаларында, әсіресе өсімдіктердің тұқымында, жеміс түзілетін органдарында көп кездеседі. Ал өсімдіктердің жоғарыда аталған бөліктерінде заттар күштірек алмасады, жасушалар түзіледі, өсуі де жоғары қарқынды болады. Калий тыңайтқышы өсімдіктердің ақуыз заттарының синтез жасауына (химиялық қосылыстар шығаруға) үлкен ықпал жасайды.

Кальций өсімдіктердің ескі сабақтарында әсіресе астық тұқымдастарының жапырақтарында кездеседі.

Ол ақуыздың түзілуіне, өсімдіктегі органикалық қышқылдарды бейтараптауға және өсімдіктердің тамыр жүйелерінің дамуына көмектеседі. Кальций, басқа катиондар үшін күшті антагонист болып саналады. Кальций өсімдіктің жер бетіндегі мүшелерінің өсуіне де қолайлы жағдай тудырады. Ол фотосинтез құбылысының жүруі үшін маңызды рөл атқарады. Кальций өсімдіктегі зат алмасу, көмірсулардың жылжу, азотты заттардың өзгеру процестеріне қатысады. Бұл элементтің әсерінен протоплазманың тұтқырлығы мен өткізгіштігі жоғарылайды. Мысалы, дәнді дақылдардың 20-30 ц өнімі 20-40 кг, 200-400 ц тамыр жемістілер 60-120 кг, 500-700 ц капуста 300-500 кг кальций пайдаланған.

Магний хлорофилл құрамында фосформен бірге ұлпа және тұқым құрамына кіреді, жасыл өсімдіктердің бірқалыпты қоректенуіне қатысады. Оның шамадан тыс көп болуы өте зиянды. Ол құм, құмайт жерлердегі басқа топырақтың бәрінде кездеседі. Магний хлорофилл, фитин, пектинді заттардың клетка шырынында ион түрінде, цитоплазмада ақуыздармен байланысқан күйінде кездеседі. Бүкіл магнийдің 15-30 пайызы хлорофилл құрамында болады.

Магний фотосинтез құбылысында маңызды физиологиялық рөл атқарады.

Темір өсімдікте хлорофилл түзуге, өсімдіктің бірқалыпты тыныс алуына қажетті элемент. Өсімдікке темірдің қажеттілігі жарыққа байланысты. Темір шымтезекті және шымды күлгін топырақтан басқаның бәрінде де кездеседі.

Күкірт ақуыз, май құрамына кіріп, клеткадағы тотығу-тотықсыздану процестеріне әдетте қатысады. Ол өсімдікке күкірт қышқылының анионы SO_4^{2-} түрінде енеді.

Бор өсімдіктің өсуін, жемістер мен тамыр-жемістерде қанттың мөлшерін реттеп отырады. Өсімдіктердің құрғақ затындағы бордың мөлшері бірдей болмайды. Ол өсімдіктердің ылғалдылығына жақсы әсер етіп, олардағы көмірсу мен белоктың алмасуына және фотосинтез процестерін, сонымен қатар тамыр жүйесінің өсуін тездетеді.

Мырыш әдетте түрлі ферменттер құрамына еніп, катализатор қызметін атқарады. Бұл элемент биосфера үшін аса қауыпты ластағыштар қатарында. Металлургиялық өнеркәсіптер жұмысы кезінде атмосфераға 122 мың т астам мырыш түссе, көмір мен

мұнай жағудан 7 мың т мырыш түседі. Кобальт өсімдіктердің барлық түрлерінде кездеседі. Олар әсіресе теңізде, суларда өсетін өсімдіктерде көп, ал тұщы суларда батпақты және теңіз жағалауындағы өсімдіктер құрамында аз болады. Кобальт өсімдіктің құрғақшылыққа төзімділігін күшейте түседі. Өсімдіктердің кобальтты пайдаланудағы ерекшелігі, топырақтан сіңіріп алған кобальттың төрттен үшіне дейінгі өсімдіктің ұсақ тамырларына жиналады. Көкөніс дақылдарына кобальт қолданған кезде алқаптардың түсімі 46 пайызға артатындығы айқындалды. Мұнымен қатар, өсімдіктердің химиялық құрамы өзгеріп, хлорофилл және аскорбин қышқылы, құрғақ заттардың мөлшері едәуір көбейеді.

Әр аймақтың топырақ-климаттық ерекшелігін ескере отырып агрохимияда органикалық және минералды тыңайтқыштарды қолдану арқылы микроағзалар мен т.б. химиялық факторлар көмегімен топырақта азот, фосфор калий және т.б. химиялық элементтер қорын көбейтудің, өсімдікті қорғауда қолданылатын химиялық заттарды қолданудың тиімді жолдарын қарастырады.

Ауыл шаруашылығында химия өнімдері тыңайтқыштар дайындауға, өсімдіктерді зиянкестер мен түрлі аурулардан қорғауға, арамшөптерді құртуға қолданылады.

Өсімдіктер өздеріне қажетті қоректік заттарды топырақтан алады, бірақ кейінгі уақытта ғалымдардың жүргізген зерттеулерінің нәтижесі олардың қоректік заттарды тамырлары арқылы ауадан алатынын зерттеу нәтижелері көрсетіп отыр.

Қоректік элементтердің әрқайсысының да өсімдіктер өмірінде алатын өзіндік орны бар, олардың тіпті біреуінің ғана жетіспеуі өсімдіктердің қоректену процесін нашарлатып, өнімнің төмендеуіне себепкер болады.

Көңнің шала шіріген, әбден шіріген деп аталатын түрлері бар, осыған қарай олардың құрамдары әртүрлі болады. Көңнің құрамындағы қоректік зат мөлшері олардың қалай дайындалуына және сақталуына байланысты болады. Әдетте шала шіріген аралас көңнің құрамында 0,5 % азот, 0,25 % фосфор және 0,6 % калий болады.

Күлді пайдаланудың өз ерекшеліктері бар екенін кезінде академик Д.Н.Приянишников көрсетіп берген болатын. Күлдерді қолдану мөлшері топырақтарға, ауыл шаруашылығы дақылдарының

қоректік заттарды пайдалану ерекшеліктеріне байланысты өзгеріп тұрады.

Күлдің әсері көңмен араластырып бергенде жақсы байқалады. Сонымен бірге бау–бақшадағы, бақтардағы зиянкестермен және аурулармен күресуде үлкен рөл атқарады. Күл алғашқы дақылдың ғана өнімін арттырып қоймайды, одан кейінгі жылдары егілген дақылдардан да мол өнім жинауға болады. Күлдің құрамында P_2O_5 %, K_2O %, CaO % болады.

Өсімдік организмінде 5 % күл басқа элементтер және 95 % органогендер болады. Органогендерге көміртегі, оттегі, сутегі, және азот жатады. Олардың мөлшері: С-45 %, О-42 %, Н-6,5 %, N-1,5 %.

Бірақ алма ағаштарына тыңайтқыштарды және басқа да органикалық заттарды да айтылған көлемде қосқан дұрыс. Көп жағдайда калиймен мен кальцийге мұқтаж болады. Егер калий мен кальций бар тыңайтқыштарды көп мөлшерде қосса, алманың өсуіне теріс әсер етеді.

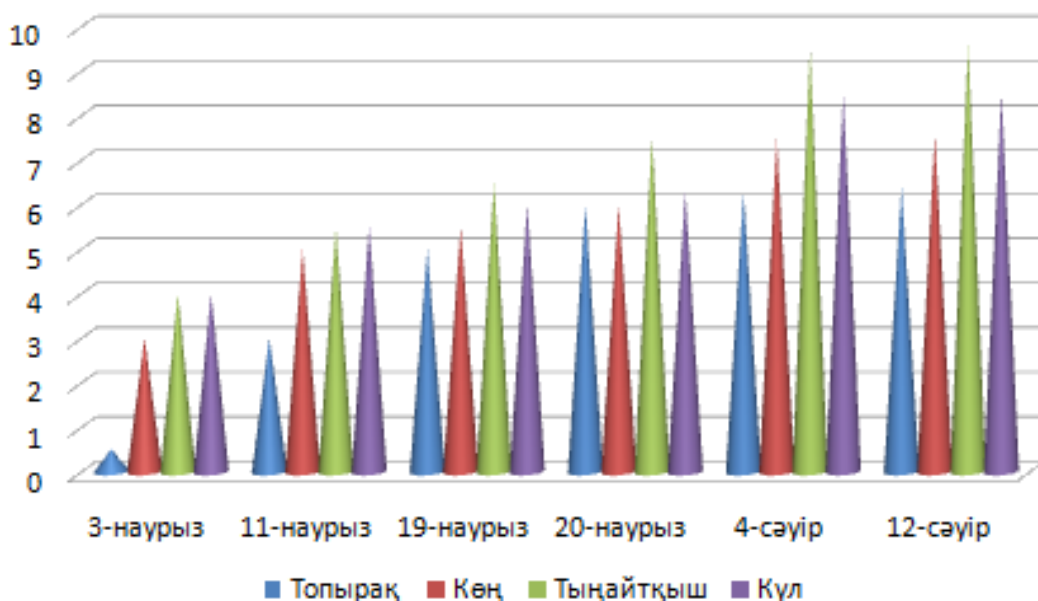
Кальцийді алма жемісіндегі жетіспеу белгілері пайда болғанын күтпей топыраққа рН мәнін жоғарылату үшін қолдану керек. Уақыт өте келе жеміс-жидек ағаштарының топырағы қышқылданады. Ізбесті алма жемісіне профилактикалық мақсатта қолдануға болады, себебі кальцийдің жеміске тасымалдануы 2 жыл болуы мүмкін.

Азот жеміс бермейтін алма ағаштарына себілетін жалғыз тыңайтқыш болып табылады, сол себепті басқа тыңайтқыштардың құрамында биогенді заттарға қарағанда азот көп мөлшерде кездеседі. Алайда алма ағашымен басқа да жемісті ағаштарда азоттың көп мөлшерде кездесуі вегетацияның пайда болуына құрамында кальций бар жемістердің бір-бірімен жарыса өсуіне негіз болады. Егер калий мен азот мөлшерінің қатынасы 1,2:1 –ден көп болса калийдің абсорбциясын туындатады.

Зерттеу нәтижелері көң қосылғанда алма ағашы жақсы өсіп, морфологиялық пішіні жақсарғаны көрінген. Алма ағашына күл қосу арқылы зерттеу жүргізгенде өсірілген өсімдіктердің бойы ұзарып, тамырлары мен жер жапырақтарының жақсы дамығандығы байқалады. Себебі субстрат ретінде қолданылған көң мен күлді араластырылып бергенде, алма ағашының жақсы өсуіне ықпал жасап, сонымен қатар сұр топырақ құрамында аз мөлшерде кездесетін өсімдіктерге қажетті элементтер мен қоректік заттардың

орнын толтыруға ықпал еткен. Лабораториялық жағдайда ботаникалық бақ топырағына алманың дәнінен көшет ретінде өсіріліп, осы өсірілген көшетке тыңайтқыштардың әртүрлі мөлшері қосылып, тыңайтқыштардың әсері зерттелді.

1 – ші суреттерде зертханада алма ағашы өсіріліп, тыңайтқыштардың әсері зерттелді.



Қорытынды: топырақтағы тұздардың мөлшерін білу арқылы өсімдіктерге зиянды тұздардың орнына пайдалы тұздар беруге болады. Әдеби мәліметтерге сүйенсек, топырақтың пайда болуы, қасиеттерінің қалыптасуы және өзгеруі табиғи ортаның әсерімен тікелей байланысты болғандықтан жер бетінде алуан түрлі топырақтар кездеседі. Ғылыми мекемелердің есептеулеріне қарағанда 10 т көңмен топыраққа 50 кг азот, 25 кг фосфор, 60 кг калий, 60 г марганец, 10 г бор, 12 г молибден және 6 г кобальт берілетіні белгілі болып отыр.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Р.Елешев, Т.Смағұлов, Ә.Балғабаев, Р.Рамазанова. Агрохимиялық зерттеулер әдістемесі: –Алматы, 2012. – 261 б.
2. Елешев Р., Сапаров А., Балғабаев Ә., Туктугулов Е. Агрохимия және тыңайтқыш қолдану: -Алматы, «Агроуниверситет» 2010.-450 б.
3. Иванов А.Л. Изучение влияния совместного внесения фосфорных и кремний содержащих удобрений на фосфатный режим основных типов почв Казахстана. Сообщение 1. // 1990. Агрохимия №10.
4. Б.А.Ягодин., Ю.П.Жуков., В.И.Кобзаренко. Агрохимия/ Под ред.Б.А. Ягодига. –М.: Мир, 2003. -584с.
5. Тазабеков Т.Т. Жалпы топырақтану-Алматы: Агроуниверситет, 1995-136 б.
6. Қазақстанның топырақтары-Алматы: ҚазККА, 2008 -196 б.
7. Файзов К.Ш. Почвы Казахстана-Алматы, 2001 -230 с.
8. Жамалбеков Е., Білдебаева Р. Топырақтану және топырақ географиясы мен экологиясы – Алматы: Қазақ университеті, 2004-240 б.
9. Мирзадинов Р.А., Дүйсенбеков С.Л. Қазақстан топырақтары – Алматы: ҚазКА, 2008-196 б.
10. Елешев Р.Е., Елемесов Ж.Е., Мұхаметкаримов Қ.М., Көбенқұлов К.К., Қалдыбеков С.Қ. Топырақ картографиясы –Алматы: Агроуниверситет, 2004 -140 б.
11. Сейфуллин Ж. Жер кадастры – Алматы: ҚазҰАУ, 2001 -234 б.
12. Елешев Р.Е., Иванов А.Л. Фосфатный режим орошаемых легкосуглинистых светлых сероземов Чингельдинского массива и продуктивность кукурузы на силос // Плодородие почв Казахстана, Вып. 3. Алма-Ата, Наука. 1987. С. 40,-55.

13. Шибикеева А.М. Ауыспалы егістікте фосфорлы тынатқыштарды ұзақ мерзімде қолданудың агроэкологиялық аспектілері. Дисс. Докт.с.х. наук. Алматы, 2015.
14. Елешев Р.Е., Бакенов Ж.Б. Изменение биологической активности лугово-каштановой почвы при применении удобрений в плодосменном севообороте с масличными культурами // Почвоведение. 2012. № 11. С. 1226-1230. (с имп.Фактор 0,20)
15. Умбетов А.К. Оптимизаций условий минерального питания зерновых культур на богаре юго-востока Казахстана. Автореф. Дисс. Докт.с.х. наук. 06.01.04. Алматы. 2000. 45 с.
16. Титова, В.И. Фосфор в земледелии Нижегородской области / В.И. Титова, О.Д. Шафронов, Л.Д. Варламова; Нижегородская гос. с. х. академия. - Н. Новгород: Изд-во ВВАГС, 2005. - 219 с.
17. Бигалиев А., Жамалбеков Е., Білдебаева Р. Қазақстанның топырағы мен экологиясы.-Алматы, «Санат», 2002.-178 б.
18. Дурынина Е.П., Комаровская Е.С., Кутьева Т.Ю., Архипченко И.А. Влияние биоудобрения «Бамил» на трансформацию фосфатов в дерново-подзолистых почвах и продуктивность растений // Агрохимия, 2001, № 1. С. 43-48.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ВЛИЯНИЕ НА ПЛОД

Э.Р. Азизова¹, А.А. Касенова², Д.С. Смакова³.

Научный руководитель, ассистент кафедры педиатрии и перинатологии, Турдунова Гульмира Сансызбаевна⁴.

Карагандинский Медицинский Университет^{1,2,3}, кафедра акушерства и гинекологии, г.Караганда.

Введение: Гестационный сахарный диабет (ГСД) - это нарушение толерантности к глюкозе различной степени выраженности, возникшее или впервые выявленное во время беременности. Лабораторно натошак от 5,1 до 7,0 ммоль/л, после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) натошак от 5,1 до 7,0 ммоль/л, через час более 10 ммоль/л, через 2 часа более 8,5 и менее 11,1 ммоль/л.[2].

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25-75%-через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД[1].

ГСД увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода. ГСД является фактором риска развития ожирения, СД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний у матери. При ГСД чаще развивается преэклампсия и эклампсия, что нередко требует экстренного родоразрешения [3].

Цель: изучить течение беременности, родов и влияние на плод ГСД

Ключевые слова: ГСД, макросомия, факторы риска, уровень глюкозы, профилактика.

Материалы и методы: Произведено ретроспективное исследование историй болезни в количестве 60 в возрасте от 18-40 лет с 2017-2019гг. Произведен анализ историй болезней, анамнеза, лабораторно-инструментальных данных, анализ перинатальных данных. Частота встречаемости ГСД в 2017 год выявлено у 23 беременных. В 2018г выявлено ГСД у 29 беременных. За 2019 год за 3 месяца у 8 беременных. Все беременные с ГСД входили в группы высокого и среднего риска развития ГСД [4].

В ходе исследования особое внимание уделялось таким факторам как: анамнестические данные, индекс массы тела (ИМТ), многоводие, маловодие, возраст женщин, макросомия, диабетическая фетопатия (ДФ), выявление на уровне поликлиники.

Наблюдается, что ГСД осложняет течение беременности. ГСД чаще наблюдается у повторнобеременных ГСД встречается в 65% случаев. У первобеременных ГСД встречается в 35%. С ожирением с исходным ИМТ (30- 33кг/м²) 56%. В анамнезе в предыдущих беременностях была ГСД 48,3%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов составило 45%. Многоводие встречается при ГСД в 28,3%. Дистоция плечиков в 5%. Макросомия встречается в 62%. Антенатальная гибель плода в сроке 36-38 недель составило 6,6%. В анамнезе рождение крупного плода встречается в 35%. Беременность закончилась: Самопроизвольные роды без осложнений 63,3%, индуцированные роды 18,3%, путем операции кесарево сечение 18,3% (по поводу угрожающего состояния плода, обструкции в родах, отсутствие эффекта от индукции родов, рубец на матке). Раннее послеродовое кровотечение 14,2%. Разрыв промежности в 24,4%.

Из сопутствующих заболеваний часто встречается артериальная гипертензия (АГ) – 75%, гипотиреоз – 38,3%, варикозная болезнь (ВБ) – 65%, миопия слабой и средней степени – 36,6%, хронический пиелонефрит – 78,3%.

Выводы: Для профилактики возникновения ГСД и предупреждение нежелательных осложнений для матери и плода следует выявить группы риска. Несмотря на крупный вес плода беременность закончилась в большинстве случаев самопроизвольными родами. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались АГ и ВБ, что требует тщательного контроля во время беременности и во время родов.

Заключение: Все беременные с ГСД входили в группы высокого и среднего риска. Беременность является фактором риска развития нарушений углеводного, липидного обмена, в результате которых выявляется снижение утилизации глюкозы тканями – инсулинорезистентность, повышение в крови глюкозы, атерогенных липопротеинов и кетоновых тел. Эти изменения характерны для ГСД и метаболического синдрома, сопровождающихся патологией развивающегося плода. В связи с этим весьма актуальным является тщательное наблюдение и проведение клинко-лабораторных исследований у беременных с целью более раннего выявления факторов риска внутриутробного развития плода. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно, после родов, по фенотипическим признакам ДФ у новорожденного или вообще пропускается.

Литература:

1. Болотская Л.Л., Есаян Р.М., Олейник О.В. Материалы VI Международного симпозиума «Диабет и беременность». 2011 // Сахарный диабет. 2011. № 2. С. 131—132.
2. Бурумкулова Ф.Ф., Петрухин В.А., Гурьева В.М., Коваленко Т.С., Головченко М.А., Титова Т.В. и др. Ожирение и патологическая прибавка массы тела в патогенезе акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете. Акушерство и гинекология. 2012; Спецвыпуск: 36–42.
3. Yogeу, Y., E.M. Xenakis, and O. Langer, The association between preeclampsia and the severity of gestational diabetes: the impact of glycemic control. American journal of obstetrics and gynecology, 2004. 191(5): p. 1655-1660.

4. Boney, C.M., et al., Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*, 2005. 115(3): p. e290-e296.
5. Group, H.S.C.R., Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, 2008. 2008(358): p. 1991-2002

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИБС В КЛИНИКЕ «MIRAS» УЧАСТОК №15

Интерны 6-079 группы, ОВП №2: Кипшаков О.С.

Муратбек А. Т

Сәлімбаева Н.Ж.

Байманова А.М., профессор, доктор медицинских наук
НАО Медицинский университет Караганда

Аннотация: В данном исследовании мы изучаем эффективность диспансеризации больных с ИБС в клинике «Miras» участок №15.

Ключевые слова: диспансеризация, ишемическая болезнь сердца, эффективность.

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться во всем мире одной из важнейших проблем здравоохранения, несмотря на современные достижения медицинской науки, постоянно расширяющий арсенал средств и возможностей борьбы с данной патологией. [5]

Ишемическая болезнь сердца является важной социально-экономической проблемой, поскольку данная нозология занимает одно из лидирующих мест в причинах инвалидизации и смерти трудоспособного населения, значительно снижая качество жизни. Кроме того, ИБС наносит значительный экономический ущерб, который заключается в высоких затратах на лечение, реабилитацию, выплаты пособий нетрудоспособности. [6]

Цель: изучить эффективность динамического наблюдения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в клинике «Miras» участок №15
Материалы и методы: результаты наблюдения 90 больных с ИБС в поликлинике «Miras» участок №15, по системе Kmis, контрольная карта 0-30у форма, отчет врача ВОП за 2017г - 2018г.

Результаты и обсуждения: Среди обследованных 90 больных, основными формами ИБС явились: Стабильная стенокардия напряжения (СН) 71(78,8%), ХСН 16(17,7%), Аритмическая 2 (2,2%).

Основные сопутствующие заболевания у 50 явилось артериальная гипертензия – 50; сахарный диабет – 6; ожирение – 15; пиелонефрит – 5; холецистит – 3; цереброваскулярная болезнь – 27.

Изучение выполняемости наблюдения за больными, показало что из 71 СН только половина прошла двукратное обследование по протоколу.

Из инструментальных ВЭМ не проводилось ни одному больному, ЭХО – КС сделано 30.

Больные ХСН 16 – 75% случаев прошли диспансерный осмотр в течении года. Больные с аритмической формой прошли полную программу обследования.

Немедикаментозное лечение по рекомендации врача ВОП выполняли 64 (71%), отказ от вредных привычек 55 %;

Антиангинальную терапию у СН: В – блокаторы 89 %, нитраты 43%, антагонисты кальция 94%, антиагреганты все принимают, статины 72%, стабилизаторы мембран миоцитов 66%.

Больные ИБС. ХСН 50 % принимали В – блокаторы, 62% - ИАПФ, 75% - БРА, антагонисты кальция - 100%, гликозиды – 12%, стабилизаторы мембран миоцитов и диуретики 100%.

Выводы: Исследование обнаружило, что у большинства больных с ИБС, имеют форму стабильная СН ФК I – IV. Основными сопутствующими заболеваниями стабильной СН и ХСН является АГ и цереброваскулярная болезнь.

Регулярное наблюдение у врача ВОП и обследование прошло половина больных.

Заключение: Согласно данным, эффективность диспансерного наблюдения больных в 2018 году меньше чем 2017.

Литература:

1. Данные по динамическим наблюдениям хронических больных АГ на участке №23 по системе Kmis
2. Контрольная карта 0-30у форма
3. Отчёт врача ВОП за 2017г - 2018г
4. 885 приказ по протоколу
5. Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» 2017 №2(февраль); Основные факторы риска, влияющие на смертность от ишемической болезни сердца – Турдиев Ш.М
6. Диссертация «Клинико-экономические аспекты диспансеризации больных ишемической болезнью сердца с использованием физических тренировок» Шихова Е.В

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫНДА АДАМ РЕСУРСТАРЫН БАСҚАРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түсіпбеков С. Д., «Қоғамдық денсаулық» мамандығы бойынша
магистранты «Қазақстандық медициналық университеті»
«ҚДСЖМ»

Серғалиев Т.С., қоғамдық денсаулық кафедрасының ассоцирленген
профессорі КАҚ «ҚМУ»

Утеулиев Е.С. , ғылыми жетекшісі «Қазақстандық медициналық
университеті» «ҚДСЖМ»

Аннотация

Басқарма ұйымдастырушыларының маңызды функцияларының бірі кадр мәселесін шешу болып табылады. 1935 жылы әскери академиялардың түлектері И. В. Сталиннің алдында айтылған "кадрлар бәрін шешеді" сөзі қазіргі күнге дейін өзекті болып қала береді.

Түйінді сөздер: басқару, ресурс, дәрігер, жүйе, медициналық мекеме
Кіріспе. Кадр саясатының сапасын жақсарту медициналық қызмет көрсетудің жалпы деңгейін жақсартатыны анықталды. [1].

Осыған байланысты әр түрлі деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымдары басшыларының алдында (жергілікті деңгейден республикаға дейін), күнделікті алдыңғы басқару шешімдерінің нәтижелерін талдау негізінде іс жүзінде жүзеге асырылатын экономикалық және басқару міндеттерінің кең қатарын шешетін болады[2]. Бұл ретте, бірінші жоспарда кадрлық әлеуетті дамыту көрініс табады[3, 4]. Бұл ретте адам ресурстарын дамыту көбінесе экстенсивті жолмен жүреді. Мұндай тәсіл штатта қызметкерлердің жеткілікті саны бар жағдайға әкеледі, бірақ қызмет көрсету сапасы бұрынғы жерде қалады. Осыған байланысты денсаулық сақтауды реформалау шеңберінде адам ресурстарын басқару жүйесін дамытудың принциптері мен жолдарын өзгерту қажеттілігі туындайды [5].

Зерттеудің міндеті: Стационарлық медициналық көмек жүйесінде ресурстарды басқару жүйесін пайдаланудың тиімділігін ғылыми негіздеу

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеу әдістері кешенді бірыңғай ақпараттық жүйені интеграциялау үшін стационарлық медициналық көмекті ұйымдастырудағы адам ресурстарын басқару, құжатты-техникалық және дәрімен қамтамасыз ету тиімділігін өлшеу үшін зерттеуді (2013-2014) және оны іске асырудан кейін (2015-2018), сондай-ақ институционалдық сәйкестендіру енгізілген қызметкерлердің еңбек өнімділігіне әсер ететін факторларды және белгілі бір факторлардың әсер ету динамикасын уақыт бойынша бағалауды көздеген.

Зерттеу нәтижелері.

2012 жылдан 2013 жылға дейінгі аралықта жоғары мамандандырылған көмек көлемінің өсуі байқалды. Демек, 2013 жылы осы шаманың сегіз есе өскені, ал 2014 жылы өткен жылғымен салыстырғанда 2,4 есе артқаны байқалады. Жоғары мамандандырылған көмек үлесінің көрсеткішіне қатысты келсек, онда берілген қызмет түріне емдеу қызметіне басты назар аударылатынын куәландырады. 2012 жылмен салыстырғанда, 2013 жылы үлес 23 есеге артты (0,02 салыстырғанда 0,46) , бірақ 2014 жылы аса жоғары мәнге (0,53) ие болды. Осылайша, зерттеу кезеңінде жоғары мамандандырылған көмек көрсету аясында максималды белсенділік 2014 жылы болды.

Алынған мәліметтерге сүйенсек, 2015 жылы барлық емделіп шыққан науқастардың жартысынан көбіне зерттеліп отырған қызмет түрі көрсетілген. Осы жылы кеткен науқастар саны минималды болғанын айтып өту қажет, бұл сондай-ақ жоғары мамандандырылған көмек үлесіне әсер етті.

Қорытынды: Ресурстық әлеует денсаулық сақтау ұйымының қызметінде маңызды орын алады. Стационардағы қорларды басқару жүйесі кешенді күрделі құрылым болып табылады, ол ұйымда бар мүмкіндіктерді тиімді пайдалануға, нақты жағдай негізінде жоспарлау жүргізуге, басқарушылық шешімдер қабылдауға мүмкіндік береді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИБИЕТТЕР:

1. Langley G., Moen R., Noaln K., Nolan T.W., Norman C.L., Provost L.P. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2nd ed. San Francisco, CA. Jossey-Bass. 2009.
2. Kabachna A.V., Shelkova E.V., Kabachnyi O.G. Assessment of the rational use of budgetary funds on drug supply by healthcare institutions under the conditions of introduction of the formulary system // Вісник фармації. 2015. N 2. С. 35–9.
3. Farzandipur M., Jeddi F.R., Azimi E. Factors Affecting successful implementation of hospital information systems. // Acta inform medicum. 2016. Vol. 24(1). P. 51–5.
4. Gray A, Manasse H. Shortages of medicines: a complex global challenge // Bull World health organization. 2012. N 90. P. 158–A158.
5. Алексеева Я.П., Харитоновна П.В. Управление кадровой политикой как актуальный вопрос развития организаций // Актуальные вопросы экономики региона: анализ, диагностика и прогнозирование. Материалы V Международной студенческой научно-практической конференции. Нижегородский филиал МИИТ; редактор: Н.В. Пшениснов. Нижний Новгород. 2015. 149–151

УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В КОЛОРЕКТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ В ГОРОДЕ КАРАГАНДА

Зорина О.С., магистрант специальности «сестринское дело»

НАО «Медицинский университет Караганды»

Сергалиев Т.С., научный руководитель, к.м.н. и.о. доцента кафедры
общественного здравоохранения

НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация

Рак толстого кишечника – одно из распространенных заболеваний, диагностируемое более чем у миллиона людей в мире ежегодно, способствует инвалидизации населения, приводит к социально – экономическому ущербу.

Ключевые слова: колоректальный рак, скрининг, приверженность, рак толстого кишечника

Введение. Колоректальный рак имеет скрытый, бессимптомно протекающий период. Пациенты, обращающиеся за медицинской помощью на поздней стадии, имеют отдаленное метастазирование, снижая благоприятный прогноз заболевания [1]. Для оправданного финансирования скрининга необходимо осмысленное решение населения к обследованиям [2].

Цель: проанализировать причины низкого участия населения в скрининговой программе на раннее выявление колоректального рака

Материалы и методы исследования. В исследовании было изучено мнение целевой группы населения 50 – 70 лет по колоректальному скринингу городского центра ПМСП и поликлиники №3 г. Караганды посредством анонимного анкетирования. Было охвачено 712 граждан, 360 из которых были прикреплены к ПМСП, 352 человека к поликлинике №3.

Результаты исследования. По результатам анкетирования лишь 49% респондентов ПМСП и 48% респондентов поликлиники №3 проходили скрининг вовремя. 62% пациентов отмечают нехватку времени как причину несвоевременного участия в скрининге. Более половины пациентов стеснялись проведения колоноскопии, считают ее болезненной.

Всего лишь 53% респондентов ПМСП и 62% респондентов поликлиники №3 консультировали о правилах сбора кала, подготовке кишечника к колоноскопии, что может негативно отразиться на результатах гемокульт-теста, колоноскопии.

Более половины респондентов поликлиник считают отсутствие жалоб, как повод не посещать скрининг. Необходима направленность на повышение солидарной ответственности граждан за свое здоровье. 71% респондентов ПМСП и 77% поликлиники №3 считают необходимостью введение системы электронного напоминания и размещение информации о скрининге в интернете, рекламах.

Вывод. Проблемой здравоохранения является привлечение к профилактическим мероприятиям «асимптоматического» населения. Для этого необходима качественная работа специалистов здравоохранения, СМИ.

Список литературы

1. Кайдаров Б.К., Балтаев Н.А., Афонин Г.А. и др. Заболеваемость колоректальным раком и состояние хирургической помощи онкологическим больным с данной патологией в г.Алматы // Журнал Казахского НИИ онкологии и радиологии. Алматы, 2011, №4, С.37-40.
2. Абдикаримов А.М., Мустафина Б.К. Информационное обеспечение скрининга // Онкология и радиология Казахстана, 2011, №3, С.10 – 11.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Бейсембаева В.С.

Научный руководитель: преподаватель Кенжекеева М.К.
Медицинский университет Караганды, Республика Казахстан

Рак шейки матки является четвертым по распространенности раком среди женщин во всем мире и вторым по распространенности в странах с низким и средним уровнем дохода. Ежегодный рост показателей заболеваемости и смертности от данного вида злокачественных новообразований делает проблему рака шейки матки актуальной во всем мире.

Ключевые слова: рак шейки матки, социально-гигиенический портрет, социологический опрос, онкогинекология, факторы риска.

Цель исследования: Дать социально-гигиеническую характеристику женщин, больных РШМ, по материалам социологического опроса.

Материалы и методы исследования: Для определения типичного социально-гигиенического «портрета» пациенткам было предложено заполнить разработанную нами индивидуальную анкету, содержащую 32 вопроса открытого, полукрытого и закрытого типа по четырем разделам: образ и условия жизни, условия работы, самооценка состояния соматического и репродуктивного здоровья, уровень знаний и навыков по вопросам здорового образа жизни. Всего проанкетировано 20 пациенток, проживающих в г. Караганда. Результаты и обсуждения: Анализ результатов анкетирования позволил дать социально-экономическую и социально-гигиеническую характеристику женщин, больных РШМ.

При анализе социального статуса выявлено, что основная часть женщин – не состоят в браке – 10, 8 – состоят в браке.

Акушерско-гинекологический анамнез свидетельствовал, что имели беременность в течение жизни подавляющее большинство женщин – 13, не имели – 5. Все беременности заканчивались родами у 10 из них, все беременности заканчивались абортами и выкидышами – у 3, все беременности были внематочными – у одной пациентки. В течение жизни 4 женщин делали аборты.

Кроме того, у женщин в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши, у 3 была замершая беременность.

Гинекологические заболевания не были выявлены на момент осмотра у 7 женщин, у 11 они диагностированы, причем у большинства – сочетанная патология.

В структуре гинекологических заболеваний первое место занимает миома матки – у 5, на втором – различные заболевания влагалища – у 2. Кистозные изменения яичников встречались в 4 случаях. Перенесли оперативное вмешательство на половых органах 4 опрошенных.

Одним из этапов изучения социально-гигиенической характеристики женщин явилось исследование факторов образа жизни, оказывающих наиболее негативное влияние на здоровье женщины, определяющими являются вредные привычки. По результатам анкетирования курящими являются опрошенных 2, некурящими являются 16. Не употребляют спиртные напитки 16 женщин, отметили употребление алкоголя 2. Систематически и много употребляющих алкоголь среди опрошенных женщин не было.

Заключение: По данным выполненного исследования приведена комплексная медико-социальная характеристика женщин, больных РШМ. Выявленные типичные социально-гигиенические характеристики своего рода медико-социальный «портрет» имеют практическое значение в работе врачей для своевременной диагностики.

Литература:

1. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки. Всемирная организация здоровья; 2019.
2. Избавить мир от проблемы рака шейки матки. Д-р Тедрос Адханом Гебрейесус Генеральный директор, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк, США 24 сентября 2018 г.

3. Клинические рекомендации Рак шейки матки Год утверждения: 2017 Ассоциация онкологов России
4. Медико- социальный портрет женщин, страдающей онкологическим заболеванием. Голева О.П., Прудникова О.Н. Российский онкологический журнал, 2017.
5. Показатели преинвазивного рака шейки матки до и после лечения. Ковчур П.И., Бахидзе Е.В.
6. Рак шейки матки: профилактика и скрининг (новые данные) Коннон С.Р.Д., Союнов М.А. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 6, № 3. С. 72–82
7. Ретроспективный анализ заболеваемости раком шейки матки в Семейском регионе Восточно- Казахстанской области за 2013-2017 годы. Алмагуль С. Жабагина 1; Science & Healthcare, 2018. (Vol. 20) 2.
8. Сибирский научный медицинский журнал, Том 37, № 4, 2017 Татьяна Намжиловна, Любовь Филипповна, Нина Петровна.
9. Социально- гигиеническая характеристика женщин, больных раком молочной железы. И. Н. Парандей, О. А. Орлов; Пермский медицинский журнал, 2014. №5
10. Стратегия первичной профилактики рака шейки матки. Болатбекова Р.О.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА УРОВНЕ ПМСП В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ И РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Н. Фатхулина, к.м.н. А.М. Еремеев
НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация: Совершенствование ПМСП, подъем его на качественно новый уровень может быть достигнут только путем внедрения современных технологий оказания услуг.

Ключевые слова: Первичная медико-санитарная помощь, качества медицинской помощи, корректность, удовлетворенность, социологическая оценка.

Введение. ПМСП - важнейшее звено системы здравоохранения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем.

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» дано определение ПМСП: «Первичная медико-санитарная помощь — доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества».

Цель работы: Изучить обеспечение всестороннего развития и сохранения здоровья населения Республики Казахстан путём совершенствования профилактической направленности деятельности организаций ПМСП.

Материалы и методы исследования. Логический, системный, сравнительно-правовой, социологический и статистические методы.

Результаты и обсуждение. Для определения степени удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП с помощью специально разработанной анкеты проведено анкетирование 213 пациентов амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

Из числа всех опрошенных пациентов 36,5% оставили отзыв в виде жалоб, обращений и предложений по повышению качества и доступности медицинской помощи. Из них – 10,5% не удовлетворяет организация работы поликлиники, 27,1% – отношение медицинских работников поликлиники к пациентам.

21,1% пациентов считают, что санитарно-просветительская работа в поликлинике ведется в недостаточном объеме. Выводы. Таким образом, проведенный опрос показал существенные проблемы в удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП. Необходимо определить стандартный набор ключевых показателей степени удовлетворенности пациентов и организовать регулярный сбор единообразных данных по ним для дальнейшего использования в повседневной работе менеджеров здравоохранения, пациентов и других потребителей, выбирающих медицинские организации.

Заключение. Первичная медико-санитарная помощь, являющаяся наиболее массовым и одним из основных видов медицинской помощи населению, включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний, медицинской реабилитации, здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

ПМСП является первым уровнем контакта населения с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-социальную помощь к месту жительства и работы, и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа.

Список использованной литературы

1. А.А. Калининская Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6-10.
2. Алма-Атинская декларация 1978 года // Здоровье мира. - 1983. - №9.- С.24-25
3. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. - Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001. – 182 с.
4. Быстровский В.И. Предмет и принципы семейной медицины // Медицинская сестра. - 2003. - №4. - С. 58-61
5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 год разработана в целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – 124 с.
7. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан. 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ. – Астана: 2015.

ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СЕЛЬСКОМУ И ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Есенбекова А., Провоторова И.,
науч. руководители: магистр, ассист. профессора Никифорова С.А.,
ассист. профессора Ламанова А.С.
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация. Рассматривается обеспеченность населения Карагандинской области лекарственными препаратами (по материалам социологического опроса)

Ключевые слова: лекарственные средства, лекарственное обеспечение, доступность лекарств

Введение. Главная цель социальной политики Республики Казахстан – последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг. Однако, отдаленность от крупных населенных пунктов, отсутствие кадрового потенциала медицинских и фармацевтических работников, отсутствие регулярного транспортного сообщения между селами, городом и райцентром, значительно влияют на доступность лекарственных средств сельскому населению.

Цель: оценить доступность лекарственных средств городскому и сельскому населению Карагандинской области.

Материалы и методы. Основным методом исследования стали анкетирование, экспертное интервью, включенное наблюдение, анализ документов. Анкетированием охвачены жители г. Караганды и пос. Молодежный разных возрастных категорий. В экспертном интервью участвовали заведующий поликлиникой сельской больницы и 3 врача-терапевта.

Результаты и обсуждение. 50% опрошенных сельчан и горожан (в равной степени) имеют хронические заболевания. Около 30% процентов представителей села и города испытывают трудности в получении бесплатных лекарств. Горожане чаще отмечали проблемы, связанные с высокой стоимостью требуемого лекарства или его отсутствием, очереди и затруднения с поставками. Сельские жители как проблему называют высокие цены, плохой ассортимент и нехватку лекарств, существование разницы в обеспечении села и города. У горожан возникают проблемы с приобретением спазмалгона, спазгана, навигала, экватора; для жителей села труднодоступны амлипин, изоптин, кардикет, диротон, предуктал, верошпирон. И в городе, и в селе есть трудности с приобретением ингаляторов для предупреждения приступов бронхиальной астмы и кардикета - сердечного препарата группы «нитраты пролонгированного действия».

Как пожелания сельчане и горожане назвали улучшение обеспечения лекарственными препаратами, бесперебойные поставки, наличие большего количества аналогов, снижение цен для пенсионеров, тщательное прослеживание потребностей населения, особенно льготников, развитие отечественного производства лекарственных средств.

Выводы. Существует разница в обеспечении лекарственными средствами сельского и городского населения. Проблемы касаются ходовых и редких лекарств. Около 30% процентов представителей села и города имеют трудности в получении бесплатных лекарств.

Заключение. Представляется необходимым при дальнейшем планировании закупки лекарств учитывать необходимый объем финансирования, ассортимент закупаемых препаратов, объем поставок и их своевременную доставку. Наилучший путь решения проблем с медицинскими препаратами - развитие национальной фармацевтической индустрии.

Список литературы:

1. Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами граждан//Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 766 от 30 сентября 2015 г.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КАРАГАНДА.

Сулейменова С.Е.

Научный руководитель: магистр «Общественного здравоохранения»

Нукештаева К.Е.

Медицинский Университет Караганды

Аннотация. Здоровье каждого ребенка является объектом пристального внимания врачей с первых минут жизни новорожденного и до периода совершеннолетия. В современных условиях, когда демографическая ситуация все еще оставляет желать лучшего, на первый план выходит забота о сохранении, укреплении здоровья именно подрастающего поколения.[3]

По данным статистики за последние годы первичная заболеваемость детского населения увеличилась за счет роста болезней органов дыхания, врожденных аномалий, болезней нервной системы, болезней системы кровообращения, болезней уха, инфекционных и паразитарных заболеваний.[2]

Ключевые слова: Вакцинация, иммунитет, вакцины, инфекционные заболевания, прививки.

Введение. Сегодня прививки уже прочно вошли в нашу жизнь, как высокоэффективное средство профилактики опасных инфекционных заболеваний. [4] За последнее десятилетие значительно улучшились показатели охвата иммунизацией детского населения планеты. Мотивация отказов бывает самой различной - от религиозной, личной, медицинской. Последствия, к которым ведут эти отказы, повышения заболеваемости и смертности не привитых детей в стране![7]

Цель исследования: Провести анализ проблем плановой иммунизации детского населения по данным городской поликлиники.

Материалы и методы исследования:

Статистический метод

Аналитический метод

Социальный метод

Результаты исследования: На сегодняшний день в мире известно более 1,5 тыс. инфекционных заболеваний, но люди научились предотвращать только 30 самых опасных инфекций с помощью профилактических прививок. [5] Иммунопрофилактика детей является важнейшей функцией в борьбе с инфекционными заболеваниями детей от 0 до 7 лет, а значит и за здоровье нации.[9] По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, всеобщая иммунизация в соответствующем возрасте – лучший способ предотвращения многих инфекционных заболеваний.[8]

Выводы: Благодаря целенаправленной работе по иммунопрофилактике в Казахстане удалось добиться отсутствия заболеваемости по ряду управляемых инфекций.[1] Улучшились показатели охвата профилактическими прививками детей в некоторых регионах нашей страны до 98-99%.[6]

Заключение: В вопросе вакцинации должен соблюдаться индивидуальный подход: нельзя полностью отказаться от прививок, но и ставить их всем поголовно тоже не имеет смысла.[11] В идеале, должно проводиться комплексное обследование ребенка (генетическое, иммунологическое и т. д.), в результате которого строго индивидуально с учетом всех ЗА и ПРОТИВ, возможно принятие решения о необходимости конкретной прививки конкретному ребенку. Право на прививку - это право на жизнь и здоровье. За каждым - разумный выбор.[10]

Список литературы:

1. Александр Коток. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. // М. Гомеопатическая книга, 2004. с. 58-60
2. Байбусинова А.Ж., Мусаханова А.К., Шалгумбаева Г.М. Отношение, барьеры и проблемы вакцинопрофилактики в современном мире: обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2016. №3. С. 123-134.
3. Блинкин, С. А. Вакцины защищают. // Москва.: Медицина, 2013., 287с.
4. Коток А.Р. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках // - М.: Гомеопатическая книга, 2010. - 592 с.

5. Костинов М.П. Новое в клинике, диагностике и вакцинопрофилактике управляемых инфекций / М., 1997.- 110 с.
6. Молдагасимова А. Б., Асаева О. Н., Абдижаббарова К. Х. Особенности эпидемиологического надзора за корью на современном этапе в г. Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2015. №1. С. 36-39
7. Смирнов С. М., Ясинский А.А., Профилактические прививки //.- Москва., Медицина., 2016. - 264 с.
8. Соколова, Н.Г. Детские прививки. За и против // Москва.: Феникс, 2011. - 814 с.
9. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Вакцинопрофилактика //Москва., Медицина. 1995.- 189 с.
10. Федорова, Е. А. Прививки. Календарь, реакции, рекомендации / /Е.А. Федорова. - М.: АСТ, Астрель, 2015. - 128 с.
- 11.Чистенко Г.Н. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. //Учебное пособие для медицинских вузов. М.: «Новое издание», 2002., с. 159 -161.

III.BASIC MEDICAL SCIENCES

TOPIC- EMBROLOGY (FETAL DEVELOPMENT)

Sharma Malika

2nd course, GENERAL MEDICINE

Karaganda medical University

Introduction: Branch of biology that studies the prenatal development of gametes (sex cells), fertilization, and development of embryos and fetuses. Many different systems formed in the embryonic period (organogenesis) grow and differentiate further during the fetal period and do so at different times. For example, the brain continues to grow and develop extensively during this period (and postnatally), the respiratory system differentiates (and completes only just before birth). Also consider the systems (respiratory, cardiac, neural) that will still not have their final organization and function determined until after birth.

Aim of study: The essence of teratology (the study of birth defects) is to understand causes of abnormal development and how the course of development in such cases diverges from the normal. Medical embryology has traditionally covered not only normal human development but defective development, as well.

Material and methods: Two new methods permit scientists to examine critical stages in early embryogenesis. The methods describe how to fluorescently tag cells in very young embryos. These cell-tagging techniques, combined with sophisticated imaging methods, permit scientists to visualize even subtle movements of individual cells in the embryos, as they morph, divide, and migrate.

The first protocol describes a step-by-step approach to label specific cells of live mouse embryos using fluorescent dyes called carbocyanine dyes. Carbocyanine dyes are ideal for this purpose because they can be used on living embryos. After labeling, the embryos are imaged to reveal the precisely coordinated patterns of cell movements as the embryo develop.

The second featured protocol is describes how to insert a DNA vector into very young bird (quail and chicken) embryos using a method called electroporation. The DNA vector contains a gene of interest attached to a fluorescent marker, which allows the researchers to track the fluorescently labeled cells using imaging techniques.

Result: With a greater knowledge of developmental mechanisms and the rapid pace of technologic innovation in the field, embryology is becoming an increasingly important component of the medical curriculum. However, there is no single “correct” base of knowledge or method of presenting embryology in the medical curriculum. In today's curricular climate, basing course content and presentation in relation to desired outcome is the watchword. Given these constraints, each school must organize the teaching and learning of embryology in relation to its own curricular objectives, but it is the responsibility of the instructors to make a well-reasoned case for the most effective platform for presenting the subject. Conclusion: In conclusion, human development is very interesting to learn about. Development describes the growth of humans throughout the lifespan, from conception to death.

Development does not just involve the biological and physical aspects of growth, but also the cognitive and social aspects associated with development throughout life. By better understanding how and why people change and grow, we can then apply this knowledge to helping people live up to their full potential

REFERENCES:

1. <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Special:BookSources/978-1-4557-2794-0>
2. <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Special:BookSources/978-0-8153-4106-2>
3. <http://www.biology-online.org/dictionary/Embryology>
4. <http://www.nature.com.iclibezp1.cc.ic.ac.uk/nature/journal/v385/n6619/abs/385810a0.html>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200490>

ВЛИЯНИЕ КОЛЫ И МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.

Боранбаев А., Поздняков П.

Кафедра биологической химии, медицинский университет
Караганды, Республика Казахстан.

Научные руководители: Бурдельная Е.В., к.х.н., доцент, Клочкова
Е.В., старший преподаватель.

Цель. В сегодняшнем мире фаст-фуда по-прежнему актуальным остается употребление газированных напитков, таких как кола и обычная минеральная вода, поэтому целью данного исследования – определить, как газированные напитки (Coca-Cola, минеральная вода) влияют на содержание мочи у студентов.

Материалы и методы. В данной работе использовались анализ научно-методической литературы, полуколичественный метод измерения показателя рН мочи с помощью тест-полосок «Уриполиан 11А», с предварительным центрифугированием.

В эксперименте участвовали 14 студентов (7 девушек и 7 парней), которые были разделены на две группы, в каждую из которых входило по 7 человек. Предварительно был проведен полуколичественный метод измерения показателя рН мочи с помощью тест-полосок «Уриполиан 11А», с предварительным центрифугированием, для дальнейшего сравнения результатов. Обязанностью первой группы было выпивать минеральную воду по 1.5 литра в день. Вторая группа выпивала 0.5 литра “Coca-Cola” в течении дня.

Результаты и их обсуждение. В начале эксперимента измерение показателей в моче не показало существенной разницы между двумя группами. В среднем рН мочи у всех студентов составляла 6, аскорбиновая кислота 15 единиц, остальные показатели были одинаковы у всех и находились в норме.

Повторные измерения проводились через 7 дней, в результате которых, у обеих групп в моче появились кетоновые тела. У 1-й группы показатель составил 0.5 ммоль/л, у 2й группы 1.5 ммоль/л. Также у обеих групп в моче появился белок со средним показателем в 0.1 г/л.

У 2-й группы сместился рН и составил 5 ед., а также поднялось количество аскорбиновой кислоты на 10 единиц, и выросло до 25 мг/дл. У 2-й группы появился в моче уробилиноген с показателем 17.5 мг/дл. Выводы. Сопоставив полученные данные, мы пришли к выводу, что регулярное употребление данных напитков, особенно “Соса-Сола”, приводит к изменению метаболизма у человека, что отражается на составе мочи.

Список использованной литературы:

1. Биохимия: учеб. для студ. мед. вузов / под ред. Е. С. Северина.- 5-е изд.,испр. и доп. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 768с.
2. Кишкун, А. А. Клиническая лабораторная диагностика. Учебное пособие / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 976 с.
3. Клиническая лабораторная диагностика. Национальное руководство. В 2 томах. Том 2. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 814 с
4. Уоллах, Жак Лабораторная диагностика / Жак Уоллах. - М.: Эксмо, 2013. - 597 с.

IMPACT OF ELECTROMAGNETIC FIELDS SOME APPLICATION DEVICES ON THE GROWTH CAPABILITY OF MICROORGANISMS

A.S.Toktassova,3 course

Scientific supervisor-assistant professor Belayev Andrew
KMU

Annotation

This article presents the results of experimental work on the assessment of the effects of UV,SHF and EHF on such bacteria and fungi as E.coli,St.aureus,Kl.pneumoniae,B.subtilis,C.albicans.

Key words: physical factors,fungi,bacteria, EHF, SHF, UV

Introduction: Modern people are increasingly using electromagnetic devices.Today we are everywhere faced with electromagnetic radiation.

When we heat food,and even when we use mobile phones,computers,refrigerators and washing machine.People are used to have at home microwaves to heat food.

But still the effectiveness of the bactericidal effect when using a microwave oven is questioned.

The purpose of our research was to study the bactericidal effect of exposure to electromagnetic fields generated by devices used in various practical fields.

Materials and methods

The five microorganisms were used in this study, *C.albicans*(ATTC 885-653), *E.coli*(M-17), *B.subtilis*(ATTC 6633), *St.aureus*(ATTC 1518), *Kl.pneumonia*.

Before starting the experiment to study the effects of electromagnetic fields, ten-fold serial dilutions of the cultures were made to a concentration of 10⁻³ CFU/ml in physiological solution using the McFarland turbidity standard. With the help of it, optical standardization of microbial suspensions was carried out to test the effect of the device.

The suspension of the test microorganism was exposed to the liquid phase and placed in the devices in an open glass container in a volume of 2-3 ml.

	Name of the device.	Generated power and frequency	Power in MW per cm ²
1	LG model MS 1909H microwave bake	700W 2450 Mega Hertz	300
2	Camera for the preservation of medical instruments CH211-150	15W Wavelength -254 Nm	47
3	Device for EHF therapy "Amphit -2"	30-300 Gigahertz	10

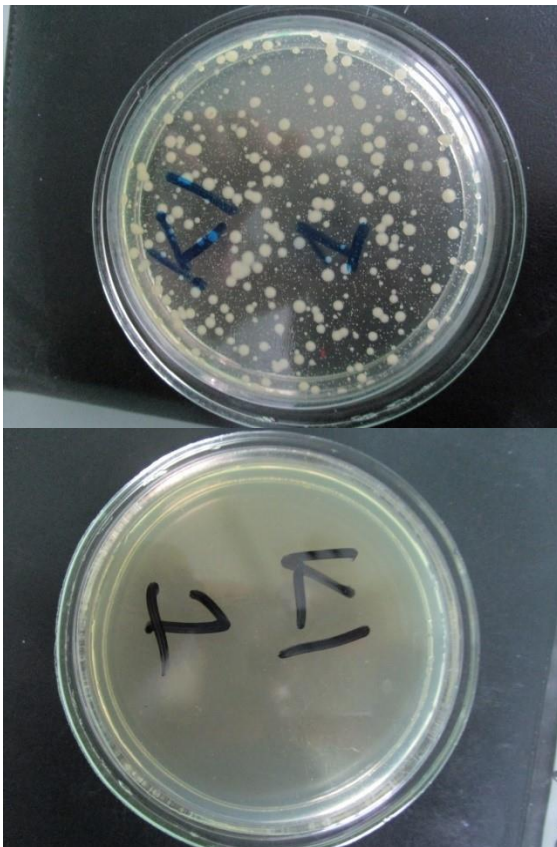
Results

During the research was found that ultraviolet radiation reduced colony forming units of all taken in experiment strains(table 1).

Table 1. The effect of ultraviolet radiation on strains

Strains	Initial quantity	Time for 0,5 minutes	Time for 2 minutes	Bactericidal activity for 0,5 minutes (%)	Bactericidal activity for 2 minutes (%)
Candida albicans	96	12	6	87,5	93,75
Escherichia coli	178	11	3	93,8	98,3
Bacillus subtilis	159	59	22	62,8	86,1
Staphylococcus aureus	212	8	5	96,2	97,6
Klebsiella pneumonia	112	9	0	91,9	100

Picture 1.

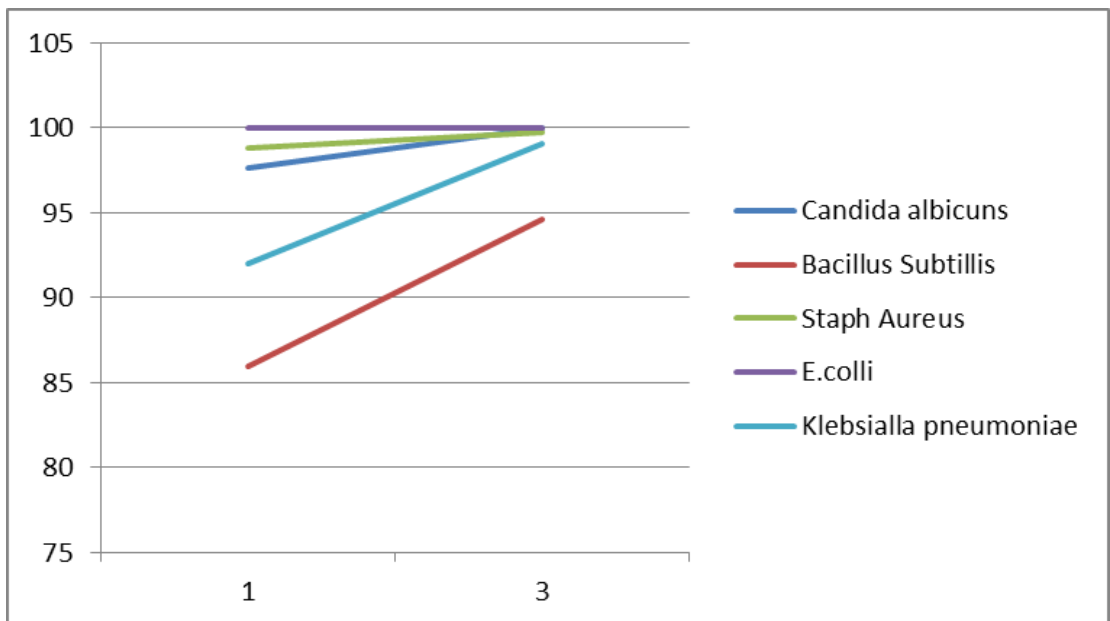


As the UV radiation, microwave radiation reduced colony forming units of both bacteria and fungi(table 2).

Table 2.The effect of microwave radiation on strains

Strains	Initial quantity	Time for 1 minute	Time for 3 minutes	Bactericidal activity for 1minutes (%)	Bactericidal activity for 3 minutes (%)
Candida albicans	126	3	0	97,6	100
Escherichia coli	217	0	0	100	100
Bacillus subtilis	278	39	15	85,9	94,6
Staphylococcus aureus	328	4	1	98,7	99,6
Klebsiella pneumonia	326	26	3	92,0	99,0

Diagram 1.The impact of microwave radiation on strains

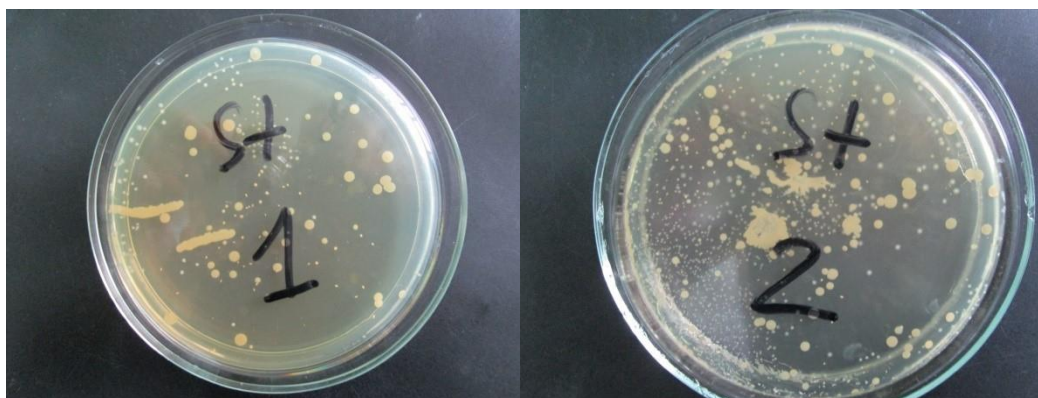


Otherwise, EHF radiation was least effective for all taken in experiment strains of bacteria and fungi.

Table 3. The effect of EHF therapy radiation on strains

Strains	Initial quantity	Time for 3 minutes	Time for 8 minutes	Bactericidal activity for 3 minutes (%)	Bactericidal activity for 8 minutes (%)
Candida albicans	112	98	79	12,5	29,4
Escherichia coli	132	114	96	13,6	27,2
Bacillus subtilis	231	186	124	19,4	46,3
Staphylococcus aureus	186	174	170	6,4	8,6
Klebsiella pneumonia	149	134	86	10,0	42,2

Picture 2.



Conclusion :After microbiological studies,we can conclude about the influence of electromagnetic fields on strains of gram-positive, gram-negative bacteria and fungi:

- microwave radiation and ultraviolet affect the crucial physicochemical processes in bacteria and fungi which need further research;
- the presence of a direct dependence of the bactericidal action degree of electromagnetic radiation on the exposure and radiation power;

•bacteria and yeast were not sensitive to the action of EHF radiation under the conditions of this experiment.

Reference:

- 1.Apurba Sankar Sastry,Sandhya Bhat K,Review of microbiology and immunology.Fifth Edition,2016,Jaypee Brothers Medical Publishers;
- 2.Danilenko,I.I.,Mirutenko,V.I.,Sopil',A.V.,Popovich,G.G.,Lyakhovchuk, N.N.,&Zakordonets,O.A.(1987).Characteristics of Staphylococcus aureus-209 cells after the effect of electromagnetic radiation of millimeter range.Ehlektronnaya Obrabotka Materialov,(1),59-63;
- 3.Hospital Pharmacology.2014;1(2):102-108 Corresponding author:Prof.Slobodan M.JANKOVIĆ,MD,PhD,Prim.Specialist in general surgery;subspecialist in clinical pharmacology Faculty of Medical Sciences,University of Kragujevac,Svetozara Markovića 69,34000 Kragujevac;
- 4.Journal of Biomedicine and Biotechnology Published online 2015 Feb 25.doi:10.1155/2015/234098;
- 5.Nerandzic,M.,Thota,P.,SankarC.,T.,Jencson,A.,Cadnum,J.,Ray,A.,Donskey,C.(2015).Evaluation of a Pulsed Xenon Ultraviolet Disinfection System for Reduction of Healthcare-Associated Pathogens in Hospital Rooms.*Infection Control & Hospital Epidemiology*,36(2),192-197.DOI:10.1017/ice.2014.36;
- 6.Saudi J Biol Sci. 2018 Jan;25(1):105–110.Published online 2017 Jul 19.doi:10.1016/j.sjbs.2017.07.006 Saleh H.,Salmen A.,Sulaiman A.,Alharbi A.,Asmaa A.,Faden B.,M.Wainwrighta;
- 7.Sule Oncul,Esra M. Cuce,Burak Aksu,Ayşe Inhan Garip Pages 42-49|Received 24 Apr 2015,Accepted 23 Sep 2015,Published online;
- 8.Tadevosyan,H.,Kalantaryan,V.,Trchounian,A.(2007).The effects of electromagnetic radiation of extremely high frequency and low intensity on the growth rate of *Escherichia coli* and the role of medium pH.*Biophysics*,52, 893–898;
- 9.Torgomyan,H.,Tadevosyan,H.,Trchounian,A.Curr Microbiol (2011) 62: 962.<https://doi.org/10.1007/s00284-010-9811-2>;
- 10.Toshi Mishra,Preemada Kushwah,Krunal Dholiya,Vijay Kothari (2013).Effect of Low Power Microwave Radiation on Microorganisms and other Life Forms.Institute of Science,Nirma University,Ahmedabad, India.DOI:10.12966/amwt.05.02.2013.

NUCLEAR PHYSICS AND MEDICINE

Iskakov B.A., Iskakova D.A.

Teacher, PhD

Al-Farabi KazNU, Almaty, Kazakhstan

Abstract. The ability of atomic nuclei to emit γ -quanta made it possible to use them in various branches of medicine, and in the first place - in the diagnosis, treatment and study of the functions of various organs. The small size of the nuclei allows them to freely penetrate into any part of the body, and the continuous emission of radiation allows you to accurately determine their location.

Keywords: Nuclear, physics, medicine, radiation, X-ray, radionuclides.

Achievements in the field of nuclear physics have a great influence on the development of almost all branches of human knowledge. The mastery of atomic energy has given into the hands of scientists of the most diverse specialties new means and methods of scientific research. The possibilities of scientific knowledge have grown immeasurably. Since its inception, scientific medicine has been drawing new ideas and means in physics and chemistry to prevent and control diseases. It is worth recalling, for example, that the discovery of X-rays at the end of the last century led to the fact that now even a small medical institution cannot do without an X-ray machine. The use of atomic energy is of paramount importance for medicine. This branch of science has been enriched with new, very valuable methods for studying life processes, diagnosing and treating diseases. The area of mass use of radionuclides is nuclear medicine. More than 50% of the annual production of radionuclides worldwide is spent on its needs. As is known, in addition to 5 basic elements (oxygen, hydrogen, carbon, nitrogen and calcium), another 67 elements of the periodic table of Mendeleev are part of a living organism; therefore, it is difficult at present to present a clinic in our country or abroad, in which diseases would not use various radioactive drugs and their labeled compounds. Radionuclides are used in nuclear medicine mainly in the form of radiopharmaceuticals (RFP) for the early diagnosis of diseases of various human organs and for therapeutic purposes.

A radiopharmaceutical (RFP) is a chemical compound that contains a certain radioactive nuclide in its molecule that is permitted for administration to a person with a diagnostic or therapeutic purpose. Radiation in medicine is aimed at healing the patient. However, doses are often unjustifiably high. The patient should receive the minimum dose during the examination. Systematically, radionuclides for medical purposes have been used since the early 40s. It was then that a strict pattern of distribution of radioactive iodine was established for various pathological conditions of the thyroid gland. Systematically, radionuclides for medical purposes have been used since the early 40s. It was then that a strict pattern of distribution of radioactive iodine was established for various pathological conditions of the thyroid gland. In the future, the use of compounds labeled with radioactive nuclides made it possible to determine the localization and size of primary tumors, to reveal the spread of tumor processes, to monitor the effectiveness of drug treatment.

Due to the large variety of radionuclides and labeled drugs they can now study almost any physiological and morphological system of the human body: cardiovascular and hematopoietic, urinary and water-salt metabolism, respiratory and digestive, bone and lymphatic, etc.

References:

1. Kurenkov, N.V. Radionuclides in nuclear medicine [Text]: reference book / N.V. Kurenkov, Yu.N. Shubin; under the general ed. N.V. Kurenkova. - Obninsk: IPPE, 1998. - 163 p.
2. Zvonov, I.A. Radiation loads from radiopharmaceuticals [Text] / I.A. Zvonov, - Moscow: Atominform, 1999. - 237 p.
3. Trofimova, T.I. Handbook of Physics [Text]: reference book / T.I. Trofimov, - Moscow: Drofa Publishing House, 2001. -208 p.
4. Zhdanov, V.M. Secrets of the separation of isotopes [Text] / V.M. Zhdanov. - M.: MEPI, 2004. - 38 p.
5. Chazova, E.I. Emergency conditions and emergency medical care [Text]: reference book / E.I. Chazov. - M.: Medicine, 1997. - 78 p.
6. Vorobyov, A.I. Reference practitioner [Text]: reference book / A.I. Sparrow. - M.: Medicine, 2001. - 107 p.

BIOMARKER DISCOVERY PROGRAM

Anuarov Askhat

West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov,
«Faculty of General Medicine», 1-year student

Supervisor - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
the Department of Normal Physiology Aybasova Zhuldyz Abdrashitovna

Annotation: The article touches upon the topic of personalized medicine development in Kazakhstan. In order to develop in medicine and achieve our goal of personalized medicine, we need the experience of advanced technologies. As a result of the analysis of all advanced technologies in this area, there is a tempting technological breakthrough. This is the **BIOMARKER DISCOVERY PROGRAM**, which was discovered by George Vasmataz, Ph.D. and John Chevill, MD, from the Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, USA.

Key words: biomarkers, examination program, high-quality disease prevention, indicator of physiological and pathological biological processes, test based on chromosomal rearrangement, detection of tumor markers.

Introduction:

Biomarkers are molecular substances in the body that can be used to denote health or disease. A biomarker is a biological trait, a characteristic that is used as an identifier of an organism's state. The concept of a biomarker was proposed in 2001 by the US National Institutes of Health. It was formulated as a characteristic that can be objectively measured, and which can serve as an indicator of physiological and pathological biological processes or pharmacological responses to therapeutic intervention. The Biomarker Discovery program collects genetic information from cells and analyzes it, looking for genetic patterns to help doctors make more accurate diagnoses and prescribe more effective individual treatments. The goal of the prostate cancer treatment program is to identify genomic changes and biomarkers that can be used to distinguish between prostate cancer, which needs treatment, and cancer, which does not need.

The Biomarker Discovery program can treat ovarian cancer, prostate cancer, endometrial cancer, peripheral t-cell lymphoma, liver cancer and lung cancer.

Using next-generation DNA sequencing, researchers have developed a chromosomal rearrangement test to differentiate multiple primary tumors from metastasis. “The Pathology Review is the current gold standard,” says Stephen Murphy, Ph.D., Mayo Research Fellow at the Clinical Center for Individual Medicine, and co-author of the article. Laser capture microdissection (LCM) was performed separately for each tumor. Dr. Murphy and the Mayo Biomarker Discovery research team already anticipate a wider application of this test after it has been clarified. [1]

Purpose:

Based on data from various studies and foreign sources, give a brief description for the attention of young future specialists, that the Biomarker Discovery Program is like a new branch of future medicine.

Materials and methods:

The most famous biomarkers include, apparently, such as body temperature, blood pressure, pulse rate. These biomarkers can be found in tissues, blood, urine and other body fluids.

In genetics, for example, these are DNA or RNA sequences that are associated with the development of a disease (associated with susceptibility to a disease or cause a disease). An illustration of the latter can be the study of blood plasma for the presence of biomarkers of autism. Despite the abundance of existing biomarkers for diagnosing health, there is always a need to develop their new species that could be used in the diagnosis and treatment of complex diseases [3]

Result and discussion:

The main factors in the choice of treatment tactics are the standard, well-known prognostic and predictive characteristics of the tumor process. The discovery of new oncological biomarkers has provided additional opportunities for personalized medicine. Expression prognostic and predictive characteristics of the tumor process are best known. Immunohistochemistry test. In recent decades, expression tests based on the detection of specific RNA molecules have gained popularity.

Thus, predictive expression oncological biomarkers (including those of HER2, DPD, TP, BRCA1, etc.) can be assessed using the IHC, and using PCR analysis of gene expression.

A variety of molecular genetic analyzes are mutational tests. Biological markers are used to assess the current physiological processes in the body. Predictive ability to assess the prognosis of the development of diseases, predictive give the opportunity to predict the response to therapy.

Thus, oncological biomarkers are essential for personalized medicine. The PCA3 test has a higher specificity and reduces the number of inappropriate biopsies.

Liquid biopsy to determine oncological biomarkers allows the detection of tumor markers in blood or other biological fluids. In the medical genetic center "Genomed" a liquid biopsy is performed in the presence of mutations: in 56 genes; 10 genes associated with lung cancer; 4 genes associated with melanoma, colon cancer. [2]

Findings:

Biomarkers are our journey into the era of personalized medicine.

Biomarkers are increasingly used in the development of our drugs, and there are many ways to use them. We call this process “diagnostic convergence”. It is necessary if we intend to create personalized medicine that is fully capable of prescribing the right treatment to the patient at the right time and in the right dose.

Conclusion:

The Central Molecular Pathology Laboratory at Janssen «Research & Development» supports the Oncology Biomarkers and Discovery group in validating targets for drug effects and detecting biomarkers. There is a fully equipped histochemical laboratory with digital histology equipment [4].

Biomarkers are used to predict serious diseases such as diabetes and cardiovascular diseases. Each individual biomarker indicates whether there is a disease or state of health, and can be combined to provide a detailed picture of how healthy a person is and whether a diagnosis should be made. The principles of biomarkers for diseases have been applied for the detection, screening, diagnosis, treatment and monitoring of cancer.

This can minimize the risk of toxicity and reduce the cost of treatment. Therefore, some DNA or RNA markers can help identify and treat certain types of cancer. [5]

Literature:

1) Mayo Clinic, was recently published in the Journal of Clinical Oncology:

<https://individualizedmedicineblog.mayoclinic.org/2015/06/02/biomarker-discovery-program-develops-new-test-to-differentiate-multiple-primary-tumors-from-metastasis-in-lung-cancer-patients/>

2) Journal: Medical Genetics Center Laboratory of Molecular Pathology:
<http://www.genomed.ru/onkologicheskie-biomarkery/>

3) Peshkov M.N., Sharova E.I., Klabukov I.D. The use of post-genomic technologies for the diagnosis of cancer using the example of prostate cancer // Russian Oncological Journal. - 2015

4) Janssen Magazine: The Importance of Biomarkers:
<https://www.janssen.com/en/oncology/biomarkers>

5) Journal:News Medical Life Science: What is a Biomarker?, Ananya Mandal ,Feb, 26, 2019.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ β -КАРОТИНА В ПРОДУКТАХ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ

Завгородняя А. В., Редько А. И., Спиридопуло А. П.

Научный руководитель: к.х.н., ассоциированный профессор
Мамбетерзина Г. К.

НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация: Исследовательская задача данной работы заключалась в определении количества β -каротина в растительных продуктах соответствие их суточной норме.

Введение: На сегодняшний день исследованы около 650 различных представителей каротиноидов. В их числе находятся самый распространенный и наиболее известный оранжевый пигмент каротин, придающий желто-оранжевый цвет плодам

фруктов и овощей, а также другим частям растений (листьям, корням и пр.), и красный пигмент ликопин (плоды томата, мякоть арбуза, фрукты, ягоды), являющийся в сущности его изомером. Первый каротиноидный пигмент, известный нам сегодня как каротин (лат. carota), был получен из корнеплодов моркови и желтой репы в 1831 году немецким ученым Фердинандом Вакенродером. Гораздо позже немецкий химик Рихард Вильштеттер предложил эмпирическую формулу каротина $C_{40}H_{56}$. И лишь в 1930 году, спустя почти столетие после официального открытия каротина, швейцарским химиком Полом Каррером была окончательно подтверждена его структурная формула, за что учёный удостоился Нобелевской премии (1937 г.).

Исследования показали, что каротин может существовать в четырёх формах: α -каротин, β -каротин, γ -каротин и δ -каротин, из которых первые три формы представляют собой провитамин А. Попадая в организм человека (животного), они преобразуются в жизненно необходимые вещества ретиноиды (A_1 , A_2 , ретиноевая кислота и др.), обладающие антиоксидантными свойствами (защита клеток от разрушительного действия световой энергии).

Наибольшей эффективностью по своему действию отличается β -каротин, так как он преобразуется в две молекулы ретинола, тогда как остальные (α - и γ -каротин) могут образовывать только одну.

Цель работы: определить содержание β -каротина в продуктах растительного происхождения спектрофотометрическим методом.

Материалы и методы: свежая морковь, спектрофотометр СФ-46, воронка Бюхнера, ступки, весы лабораторные, терка, песок, колбы конические, фильтры, воронки.

Реактивы: этиловый спирт 96 %, углекислый натрий, стандартный раствор бихромата калия.

Результаты и обсуждение: Мы использовали методику определения каротина в свежем растительном материале. После проведения исследования, мы рассчитали количество каротина по формуле:

где D – оптическая плотность опытного раствора;
 D_1 – оптическая плотность стандартного раствора; V - объем исходной ацетоновой вытяжки; V_1 – объем раствора, взятого для определения каротина; n – навеска продукта, г.

В 1 г моркови мы обнаружили 0,0723 мг каротина.

Выводы: Суточная потребность человека в каротине составляет 3-7 мг. Исходя из результата нашего исследования, мы можем сказать, что употребление в пищу ~100 г моркови (и других каротинсодержащих продуктов) удовлетворяет суточную потребность человека в каротине.

Заключение: Каротин необходим каждому – без него наше тело станет уязвимо перед многими болезнями. Он обладает различными функциями:

- Защищает от онкологических заболеваний.
- Снижает риск возникновения заболеваний, которые связаны с сердцем и сосудами.
- Является профилактикой атеросклероза.
- Укрепляет иммунитет.

Кроме всего перечисленного, β -каротин приносит огромную пользу нашему организму, повышая его стрессоустойчивость, очищая от радиоактивных элементов, химических ядов, он позволяет нам быстрее приспосабливаться к нестандартным ситуациям и укрепляет наш иммунитет.

Список использованной литературы:

1. Дзятковская Е. Н. Сборник экологических задач, лабораторных работ и деловых игр по химии, биологии, физике. – Иркутск: издательство «Папирус», 1994. – 64 с.
2. Лившиц И. А. Спутники нашего здоровья. – Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1989. – 352 с
3. Житникова В.С. Учебно-методическое пособие к выполнению лабораторных работ по курсу Современные методы исследования пищевых продуктов.
4. Габриелян О.С, Остроумова И.Г. Настольная книга учителя. Химия – 10.М.: Дрофа, 2004.
5. Сударкина А.А, Евсеева И.И, Орлова А.Н. Химия в сельском хозяйстве. М.: Просвещение, 1986.
6. Филлипович, Ю.Б. Основы биохимии / Ю.Б.Филлипович. – М.: Изд-во «Агар», 1998. – 286с.
7. Березовский, В.М. Химия витаминов / В.М.Березовский. – 2-е изд. – М.: Пищевая промышленность, 1973. – 634с.
8. Труфанов, А.Н. Биохимия и физиология витаминов и антивитаминов / А.Н.Труфанов. - М.: 1956г.
9. Шилов, П.И. Основы клинической витаминологии / П.И.Шилов, Т.Н.Яковлев. - Л.: 1964г.
10. Колобилова, А.И. Витамины / А.И.Колобилова. - Л.: 1976г.
11. Кудряшов, Б.А. Биологические основы учения о витаминах / Б.А.Кудряшов. - М.: 1948г.

MORPHOLOGICAL AND EMBRYOLOGICAL PECULIARITIES OF INFRAHYOID MUSCLES DURING HUMAN FETUSES' PRENATAL DEVELOPMENT

POPOVA IRYNA SERHIIVNA

Assistant, PhD student

at the Department of Histology, Cytology and Embryology
of Bukovinian State Medical University

Scientific supervisor – **TSYHYKALO OLEXANDR VITALIYOVYCH**

MD, professor, Chief of the

Department of Histology, Cytology and Embryology
of Bukovinian State Medical University

Annotation.

A comprehensive, multidisciplinary approach to embryogenesis of infrahyoid muscles of neck will lead to a qualitatively new level in the prevention and surgical treatment of abnormalities, and a better understanding of human prenatal morphology.

Keywords: infrahyoid muscles, prenatal development, anomaly of muscles, human fetuses

Examination of human morphology during prenatal development (PND) gives a fundamental information on topographical and developmental changes of human body in different periods of its establishment. Developmental morphology of anterior region of human neck is studied generally but is still lacking in answers to detailed histological and morphological questions.

The aim of this work is to complement existing data on PND peculiarities of development of infrahyoid group of muscles in anterior region in human neck. To investigate this topic, we have examined 5 specimens of human fetuses (81,0–378,0 mm of parietal-coccygeal length (PCL)), received from Chernivtsy Regional Pathologists Office. To examine infrahyoid (IH) group of muscles in these fetuses, we have used classic methods of anatomical investigation: dissection, macroscopy, microscopy, morphometry, anthropometry and three-dimensional reconstruction.

By the end of first month of PND, mesenchyme forms paracervical premyoblast group of cells, which further will give rise to the IH group of neck muscles. Besides the well-known fact, that these muscle are the first to be vividly distinguished in the early stages of PND (around 50th week of PND), these mass of cells is continuous with the tongue premyoblast masses [3]. By the end of second month of PND, primordial cells of IH muscles will separate into 2 masses that meet in the midline of the neck; but also additionally differentiate into superficial and deep sublayers. The deep layer will become the sternohyoid, thyrohyoid, sternothyroid muscles; deep layer is a primordial for the omohyoid muscle [1,3].

The omohyoid muscle is a thin, relatively long muscle located in each side of the neck. It is critical to neck surgeons, particularly in the case of lymph node metastasis, which is the spread of cancer through the lymph nodes. In human fetuses, omohyoid is made up of two bellies (superior and inferior), joined through an inter-muscular tendon (fibrous tissue). This tendon passes obliquely through the lateral cervical area, supported by a connective tissue that prevents the internal jugular vein from being squeezed under severe pressure. [1] It has been reported about a complete absence of the muscular part of the superior belly of the omohyoid. The inferior belly originated normally from the upper border of scapula, and continued with a fibrous tendon which ran vertically lateral to sternohyoid muscle and finally attached to the lower border of the body of hyoid bone. [2] Others researches classify anomalies of the omohyoid into 4 groups [4], and by this classification we have found variation №3 (lamellar divided belly) in one fetus: multiple bellies of omohyoid arranged in a roof tile-like morphology, in which the inner side was located in the deep layer and the outer side was in the shallow layer in each side. Other 4 specimens of human fetuses have shown a normal morphology and a definitive composition of omohyoid, sternohyoid, thyrohyoid and sternothyroid IH muscles.

To conclude, it is important to proceed with studying of PND of IH muscles, as it gives a profound and valuable knowledge on anatomical variations of muscles, which will further lead to developing new approaches in surgical practice.

References:

1. Kim, D. I., Kim, H. J., Park, J. Y., & Lee, K. S. (2010). Variation of the infrahyoid muscle: Duplicated omohyoid and appearance of the levator glandulae thyroideae muscles. *Yonsei medical journal*, 51(6), 984-986.
2. Rai R., Nayak S.R., Ranade A.V., Prabhu L.V., Vadgaonkar R. (2007). Duplicated omohyoid muscle and its clinical significance. *Rom J Morphol Embryol*, 48, 295-97.
3. Som, P. M., & Laitman, J. T. (2017). Embryology, variations, and innervations of the human neck muscles. *Neurographics*, 7(3), 215-242.
4. Sukekawa, R., & Itoh, I. (2006). Anatomical study of the human omohyoid muscle: regarding intermediate morphologies between normal and anomalous morphologies of the superior belly. *Anatomical science international*, 81(2), 107-114.'

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫ ЖАСӨСПІРІМДЕРІНІҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Искакова Д.Е

Ғылыми жобаның жетекшісі : Кенжекеева Майра Куанышбековна

Қарағанды медицина университеті, Қарағанды қаласы

Кілт сөздер: психологиялық денсаулық, күйзеліс, эмоциялық тұрақтылық, сырқаттанушылық,

Кіріспе ДДҰ-ның анықтамасы бойынша жасөспірім - бұл жетілу кезеңі, бала кезінен бастап жетілуге дейінгі кезең. Ересек жастағы (15 - 17 жас аралығындағы) психикалық денсаулығын сақтау ерекше маңызды болып табылады, өйткені психикалық дамудың бұл кезеңі әлеуметтік ортадағы күрт өзгерумен байланысты. Өмір сүрудің жеткілікті деңгейінің жетіспеушілігі, жеке жетілмеуі қоғамның күрделі қажеттіліктеріне қайшы

келеді, бұл жасөспірімдердің психикалық бейімделу жағдайларын дамытып, кейбір жағдайларда клиникалық деңгейге жетуі мүмкін. Жасөспірімдерде психикалық бұзылулардың алдын алудың маңыздылығын анықтайды, бұл осы жастағы психикалық денсаулыққа патогендік әсер ететін түрлі факторларды терең зерттеуді талап етеді. Психикалық денсаулық- бұл психологиялық және әлеуметтік әл-ауқаттың жай-күйі, онда адам өз мүмкіндіктерін іске асырады, өмірлік қиындықтарға және күйзеліске тиімді қарсы тұрады, нәтижелі саналы қызметті жүзеге асырады және социумның дамуына өз үлесін қосады.

Зерттеудің мақсаты:

1. Жоғары сынып оқушыларының психикалық денсаулығының бұзылыстарын зерттеу, себептерін анықтау;
2. Жоғары сынып оқушыларының психикалық денсаулығын жақсартуға арналған шаралар кешенімен таныстыру.

Зерттеу әдістері: Сауалнама, статистика.

Зерттеу нысаны: Қарағанды қаласындағы Мұрагер мектебі, № 62 мектеп (9-11 сынып оқушылары)

Бақылау нәтижесі: Сауалнама әдісі бойынша жоғары сынып оқушыларының психологиялық денсаулығын және деңгей дәрежесін анықтадық. Соның ішінде 10 -11 сынып оқушылары психикалық күйзеліске 9 сынып оқушыларына қарағанда көп ұшырайтыны анықталды. Күйзеліс жағдайына ұшырататын негізгі факторлар: болашағына деген сенімсіздік пен қорқыныш (60%) ата-аналарымен түсініспеушілігі (20%) отбасының толық болмауы (10%) басқа да факторлар: (10%). Респонденттердің психологиялық денсаулығың дәрежесі олардың өмірге деген көзқарасына, қоршаған ортада болып жатқан құбылыстарды объективті бағалауына, ашуға тез берілуіне сонымен қатар өзінің мүмкіншілігіне екі ойлы болуына байланысты.

Зерттеу қорытындысы: Балалар мен жасөспірімдердің психикалық денсаулығы көптеген факторларға тәуелді: дұрыс тамақтану, күнделікті тәртіпті сақтау, таза ауада жүру, қозғалыс белсенділігі, шынығу процедуралары, психологиялық жайлылық. Сонымен қатар қазіргі уақытта білім беру ортасында жасөспірім ақпараттық және эмоциялық күйзелісті бастан кешіруде. Жас ұрпақ дамуында психикалық денсаулық маңызды рөл атқарады.

Осы орайда балалар мен жасөспірімдердің психикалық ауытқуларының алдын алу өте маңызды. Себебі, бұл ел болашағына тікелей әсер етеді.

Қолданылған әдебиеттер:

1. [Аликин И.А. Отношение к здоровью учащихся и учителей как один из аспектов «Я-концепции» // Вестник практической психологии образования. 2008. №4. С. 39-44.]
2. [Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды как ресурс психического здоровья субъектов образования // Психологическая наука и образование. 2012. № 4. С. 11-17.]
3. [Вайнер Э.Н. Образовательная среда и здоровье учащихся // Валеология. 2003. № 2. С. 35-39.]
4. [Кулюткин Ю. Н. Образовательная среда и развитие личности // Новые знания. 2001. № 1. С. 101-106.]
5. [Панов В.И. Одаренные дети: выявление – обучение – развитие // Педагогика. 2000. № 4. С. 30-44.]
6. [Семикин В.В. Психологическая культура в образовании. СПб., 2002.]
7. [Пахальян В.Э. Развитие и психическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. - СПб.: Питер, 2006. - 240 с.]
8. [Реан А.А. Психология человека от рождения до смерти. - СПб.: ПРАЙМ. - Еврознак, 2002. - 657 с.]
9. [Психология здоровья./ Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2003. - 607.]
10. [Мерлин В.С. Психология индивидуальности. - М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЕК», 1996. - 448с.]

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Кабденова Гульдана 3 курс факультет
«Школы медицины».

Абдрахманова Адеми 3 курс факультет
«Школы медицины».

Руководитель: Дилдабекова Н.Т. преподаватель по фармакологии.

Аннотация: Основным препаратом из группы антикоагулянтов является антагонист витамина К варфарин. Однако у него имеется ряд недостатков, в особенности для пациентов, которым требуется длительная, а зачастую и пожизненная профилактика тромбозов. В последнее время были синтезированы новые пероральные антикоагулянты, такие как дабигатрана этексилат (Pradaxa®), ривароксабан (Xarelto®), апиксабан (Eliquis) и др. В отличие от варфарина, они применяются в фиксированных дозах, не требуют рутинного мониторинга, соблюдения диеты, взаимодействуют лишь с небольшим количеством препаратов. Новые пероральные антикоагулянты одобрены для применения по нескольким показаниям. Ожидается, что применение этих препаратов позволит улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: дабигатран, варфарин, ривароксабан, фибрилляция предсердий, профилактика тромбозов; пероральные антикоагулянты.

Введение: Стандартной терапией для предупреждения ФП является подобранный по дозе варфарин, но он может увеличить риск возникновения кровотечений, поэтому требуется постоянный терапевтический мониторинг. Недавно были разработаны новые пероральные антикоагулянты (прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК)) в качестве альтернативы варфарину.

Цель: Сравнить новые пероральные антикоагулянты с варфарином при ФП.

Методы исследования :

- Наблюдение
- Анализ и синтез

•Сравнение

Выводы: Было обнаружено что, ПОАК, вероятно, уменьшали частоту возникновения инсультов и системной эмболии. Кроме того, ПОАК могут несколько снизить частоту возникновения тяжелых кровотечений по сравнению с варфарином. Мы проанализировали доказательства эффектов ПОАК по сравнению с варфарином для профилактики инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП.

Заключение: Было проведено исследование, в которых эффекты ПОАК (апиксабан, дабигатран, эдоксабан и ривароксабан) сравнивали с таковыми варфарина в подобранной дозе. Участники исследований имели неклапанную ФП. В этих исследованиях представлены данные обо всех комбинированных исходах инсульта и системной эмболии в качестве основной конечной точки эффективности и тяжелых кровотечений в качестве основной конечной точки безопасности.

Рисунок 1. Механизм действия ривароксабана/апиксабана/эдоксбана связан с обратимым ингибированием как свободного, так и связанного с тромбом активированного X фактора.

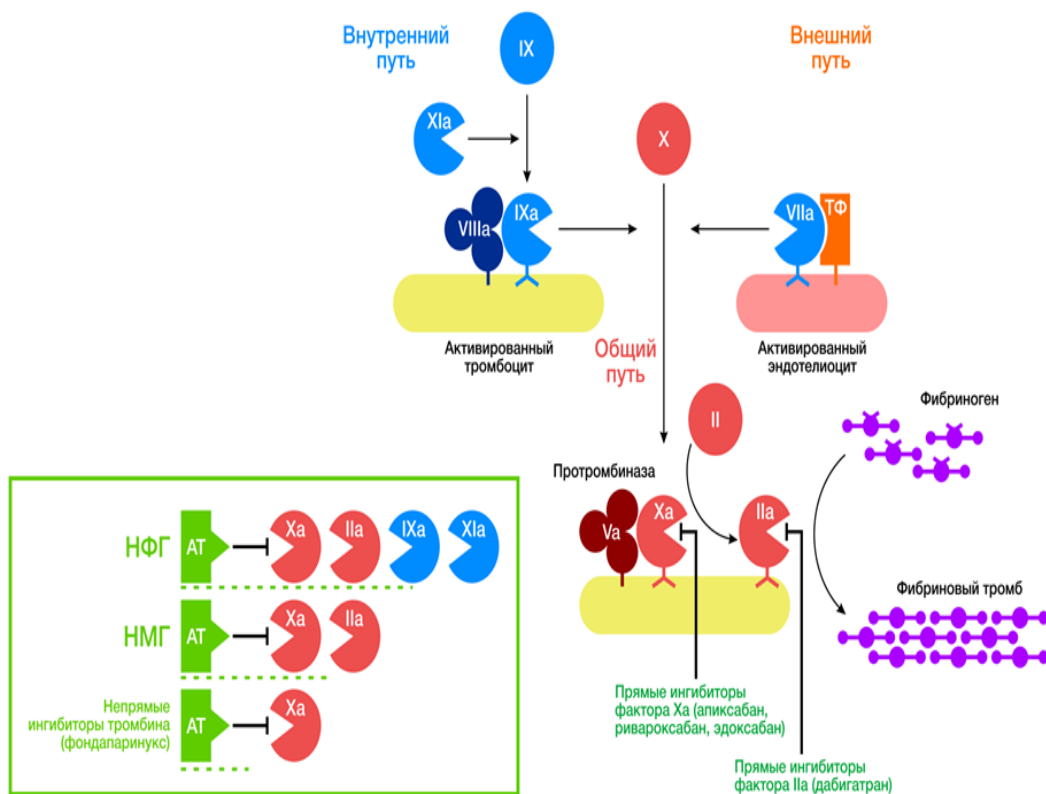
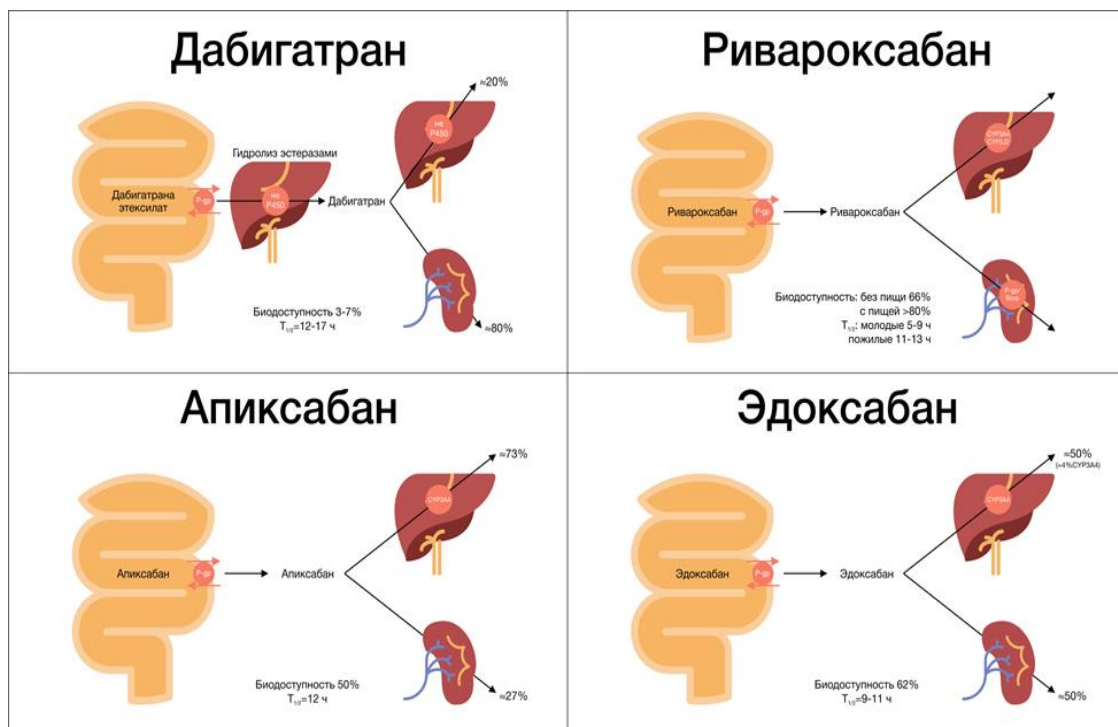


Рисунок 2 . Фармакокинетика НОАК.

Препарат	Дабигатран	Ривароксабан	Апиксабан	Эдоксабан
Механизм	Прямой ингибитор тромбина (фактор IIa)	Прямой ингибитор фактора X	Прямой ингибитор фактора X	Прямой ингибитор фактора X
Пролекарство	Да	Нет	Нет	Нет
Биодоступность (%)	6%	66% без пищи, с пищей до 100%	50%	62%
$T_{1/2}$ (ч)	12-17	5-9 у молодых и 11-13 у пожилых	12	9-11
Время достижения C_{max} (ч)	0,5-2	2-4	1-4	1-2
Экскрекция почками	80%	35%	25%	50%
Биотрансформация в печени	Нет	Да	Да	Минимальная
Побочные эффекты со стороны ЖКТ	Диспепсия	Нет	Нет	Нет
Адсорбция с пищей	Не изменяется	+39% и больше	Не изменяется	6-22% и больше
Прием с пищей	Нет	Обязательно	Нет	Рекомендации пока отсутствуют
Дозирование	2 р/д	1 р/д	2 р/д	1 р/д

Рисунок 3. Биотрансформация и элиминация НОАК.



Список литературы:

1. Gomez-Outes A, Terleira-Fernandez AI, Calvo-Rojas G, et al. Dabigatran, rivaroxaban, orapixaban versus warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a systemic review and metaanalysis of subgroups. *Thrombosis*. 2013;2013:640723. doi: 10.1155/2013/640723. Epub 2013 Dec 22. PMID: 24455237.
2. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361:1139-51. doi: 10.1056/NEJMoa0905561. Epub 2009 Aug 30. PMID: 19717844.
3. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation (and supplementary appendix). *N Engl J Med*. 2011;365:883-91. doi: 10.1056/NEJMoa1009638. Epub 2011 Aug 10. PMID: 21830957.
4. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(11):981-92. doi: 10.1056/NEJMoa1107039.
5. Baglin T, Keeling D, Kitchen S. Effects on routine coagulation screens and assessment of anticoagulant intensity in patients taking oral dabigatran or rivaroxaban: Guidance from British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol*. 2012;159(4):427-9. doi: 10.1111/bjh.12052. PMID: 22970737.
6. Н.К. Дюсембаева «Клинико-фармакологические подходы» 2016г.
7. Карпов Ю. А. Аликсабан: новые возможности профилактики осложнений у больных с фибрилляцией предсердий //Атмосфера. Новости кардиологии. – 2013. – №. 4.
8. Cannon C. P. et al. Dual antithrombotic therapy with dabigatran after PCI in atrial fibrillation //New England Journal of Medicine. – 2017. – Т. 377. – №. 16. – С. 1513-1524.
9. Аверков О. В., Вечорко В. И. Современные подходы к антикоагулянтной терапии тромбоемболии ветвей легочной артерии: фокус на ривароксабан //Медицинский совет. – 2017. – №. 12.

10. Lu G. et al. Reversal of low molecular weight heparin and fondaparinux by a recombinant antidote (r-antidote, PRT064445). – 2010.
11. Hu T. Y., Vaidya V. R., Asirvatham S. J. Reversing anticoagulant effects of novel oral anticoagulants: role of ciraparantag, andexanet alfa, and idarucizumab //Vascular health and risk management. – 2016. – T. 12. – C. 35.
12. Eikelboom J. W. et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease //New England Journal of Medicine. – 2017. – T. 377. – №. 14. – C. 1319-1330.

THE STRUCTURE OF THE BREAST CANCER CELLS AND STRUCTURAL CHANGES IN MALIGNANT NEOPLASMS

By Anuarbekova Zere 3-002, school of "Medicine"
Scientific Advisor B.K.Berikbaeva, assistant professor, Department of
Morphology and Physiology, MUK
NAO "MUK", Karaganda

Annotation: Breast cancer is the most common malignant cancer in women in Kazakhstan. Among the methods for diagnosing breast tumors, one of the first places belongs to the morphological one. The cytological technique is technically easy, prompt and comparatively inexpensive.

Key words: mammary cancer, cytological method of research, liquid cytology method, punctate, cell.

Introduction: Breast cancer is the most common malignant cancer in women in Kazakhstan. The main condition affecting the positive outcome of the treatment and the early diagnosis of breast disease belongs to the morphological.

Aim: To study the morphological characteristics in the mammary gland tissues are normal and changes in the tumor with the help of cytological diagnostics.

Material and method: The punctate of the tumor-like formations of the mammary gland. The method of fluid cytology, molecular research methods allow analysis of the morphology and in vivo cell dynamics.

Results and discussion: The mammary gland consists of 15-25 complex tubular-alveolar glandular structures. Each lobe is separated from others by dense connective tissue and is an independent gland that has its own milk excretory duct the top of the nipple.

In the study of the breast discharge from the nipple is obtained by pressing on the nipple. If the punctate is a liquid, sodium citrate is added so that it does not coagulate, then it is centrifuged and smears are prepared from the sediment Papanicolaou.

The criteria for cytological diagnosis of malignant neoplasms are based primarily on the morphology of the cell and especially the nucleus.

The cell is enlarged, sometimes giant, rarely close to normal. There is a change in the shape and polymorphism of cellular elements, as well as a violation of the ratio of the nucleus and cytoplasm in the direction of increasing the proportion of the nucleus. Also, there is a young nucleus in the cornified cytoplasm with a highly differentiated squamous cell carcinoma.

Modern cytological study criteria have been developed for diagnosing various histological types of invasive cancer, as well as the degree of IPR malignancy.

Conclusion: For breast tumors, the nucleus is characterized by an increase in size, polymorphism, tuberosity, uneven chromatin pattern, uneven contours, hyperchromia, cell division figures in cytological preparations are relatively rare.

References:

- 1.Afanasyev Yu.I., Yurina N.A. Histology, embryology, cytology, textbook for universities, 2012.
- 2.Bibbo M. Comprehensive Cytopathology, 2013
- 3.Dosmagambetova R.S.Genitourinary system. Integrated textbook, 2014
- 4.Gray N., Mc Kee G.T.Diagnostic cytopathology, 2012
- 5.Petrova A.S.,Ptokhov M.P.Guidelines for the cytological diagnosis of human tumors, 2015.

THE PSYCHOLOGICAL CONCEPT OF CONSCIOUSNESS AND EMOTIONS AS A MENTAL STATE

Tak Mohammed Amil

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University Aktobe
Kazakhstan

Supervisor – tasimova ayslu akhmadievna professor

Abstract : in this article you will study about the psychological concept of consciousness and emotions as a mental state in which their major function has been explained.

Consciousness means awareness of your unique thoughts, memories, feelings, sensations, and environment.

Conscious experiences are constantly shifting means whenever you are involved in some of activity or work but your consciousness may shift to some memory which you had earlier.

This shifting of thoughts can change dramatically from one moment to the next moment but your experiences are smooth and effortless.[1]

Keywords : thoughts, memories, feelings, sensations, and environment

Introduction: Earlier, for thousands of years consciousness study was done by philosophers.

French philosopher rene descartes introduced the concept of mind-body dualism which means that the mind and body are separate and they do interact.

American psychologist william james compared consciousness to a stream called unbroken and continuous despite constant shifts and changes. .[1]

Definition of consciousness in psychology

In psychology, consciousness is occasionally confused with the conscience. It is important to note that while consciousness involves awareness of yourself and the world, your conscience.

is related to morality and sense of right or wrong. Research on consciousness has focused on understanding the neuroscience behind our conscious experiences. Scientists have even utilized brain scanning technology to seek out specific neurons that might be linked to different conscious events.[3]

Modern Theories of Consciousness:

Modern researchers have proposed two major theories of consciousness: Integrated information theory attempts to look at consciousness by learning more about the physical processes that underlie our conscious experiences. The theory attempts to create a measure of the integrated information that forms consciousness. The quality of an organism's consciousness is represented by the level of integration. This theory tends to focus on whether something is conscious and to what degree it is conscious.

The global workspace theory suggests that we have a memory bank from which the brain draws information to form the experience of conscious awareness. While integrated information theory focuses more on identifying whether an organism is conscious, the global workspace theory offers a much broader approach to understanding how consciousness works. [1]

Emotions as a mental state



A person with mental transformations cannot behave like a normal person.[5]

These are two different things which often look so similar but they aren't.

Through this article we shall be differentiating between them.

Mental V/S Emotional

Mental and Emotional are two types of behavior of human beings that have some differences between them. Psychologists have been interested in comprehending the role of emotions and the human mind. According to them, it is important to know that people exhibit both mental and emotion behavior at different stages or phases of life. Mental behavior is more concerned with the mind, whereas emotional behavior is more concerned with the heart. This is the difference between the two types of behavior. Through this article, the key differences between the two words will be presented.

Emotional behavior is related to heart while mental behavior is related to mind.

Actually in human beings mental behavior is developed upon the emotional behavior so it means that if you have a good emotional behavior ultimately your emotional behavior will be good too.

Emotional behavior results in the production of sounds from crying and mental behavior is not associated with the production of sounds arising out of crying.

An emotional person behaves like a normal man but becomes emotional when it unable to control.

A person affected by mental transformations cannot behave like a normal person. .[4]

Conclusion:

Consciousness connects the relationship between the mind and the world.

Writers on spiritual or religious topics, connects the relationship between the mind and God, or the relationship between the mind and deeper truths that are thought to be more fundamental than the physical world.

The mystical psychiatrist Richard Maurice Bucke distinguished between three types of consciousness:

- 'Simple Consciousness', awareness of the body, possessed by animals
- 'Self Consciousness', awareness of being aware, possessed only by humans
- 'Cosmic Consciousness', awareness of the life and order of the universe, possessed only by humans who are enlightened. .[2]

REFERENCES:

1. Consciousness is the psychology of awareness.
By- Horgan H 2015. Book- integrated theory explain consciousness
2. Wikipedia- CONSCIOUSNESS
3. AQA Psychology by Michael W.Eysenck. Book- AQA
PSYCHOLOGY Year -2015 sixth edition
4. Koshal Linguistic student America Year - 2015
5. Images courtesy by Despair by Lloyd Morgan

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С В ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТАХ И ФРУКТАХ

Политкина Валерия Евгеньевна, Вольф Александр Витальевич,
Чуева Татьяна Андреевна
Научный руководитель: Мамбетерзина Г. К.
НАО МУК

Аннотация: Аскорбиновая кислота необходима для поддержания здорового иммунитета и является антицинготным витамином. В представленной работе йодометрическим методом определено содержание аскорбиновой кислоты в препаратах и фруктах для восполнения ее суточной нормы.

Ключевые слова: Витамин, аскорбиновая кислота, витамин С, йодометрия, витаминные препараты.

Введение: Витамины - низкомолекулярные органические соединения различной химической природы, необходимые человеку для нормальной жизнедеятельности. Одним из важнейших природных антиоксидантов является витамин С (аскорбиновая кислота), который, кроме того, принимает участие в целом ряде биохимических процессов. Витамин С необходим для синтеза коллагена и является важной составляющей соединительных тканей, связок, клеток крови, сухожилий, десен, кожи, зубов и костей. В связи с неблагоприятными экологическими, а также погодными условиями граждан, проживающих на территории Карагандинской области, употребление в пищу витаминов является важной составляющей поддержания здоровья.

В период обострения гриппа и ОРВИ ежедневное употребление витамина С является профилактическим методом повышения иммунитета.

Цель: Изучить биохимическую природу витамина С и определить его количественное содержание в некоторых витаминных препаратах и продуктах питания для выяснения лучшей формы потребления.

Материалы и методы: Количественные химические методы определения аскорбиновой кислоты основаны на ее восстановительных свойствах. Нами был использован метод йодометрии.

При определении витамина С в витаминных препаратах было обнаружено, что содержание витамина колеблется в пределах от 75,3836 до 480,4826 мг в одной таблетке.

Содержание витамина С в свежеприготовленном апельсиновом соке составляет 0,0957 г. в 10 мл.

Выводы: В ходе нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Содержание аскорбиновой кислоты в витаминных препаратах незначительно меньше, чем указано производителями препаратов.
2. В ходе анализа аскорбиновой кислоты «Борисовский завод медицинских препаратов» 2017 г. было выявлено значительное снижение содержания витамина С в ходе хранения, что вероятнее всего связано с окислением кислородом воздуха.
3. При исследовании содержания аскорбиновой кислоты в свежеприготовленном апельсиновом соке мы выяснили, что для восполнения суточной потребности в витамине С достаточно употреблять один апельсин в день.

Заключение: Аскорбиновая кислота - необходимый компонент в ежедневном рационе человека, так как выполняет целый ряд незаменимых биохимических функций, но при этом не синтезируется самим организмом. Ее дефицит может быть восполнен за счет целого ряда пищевых источников и витаминных препаратов.

Список литературы:

1. Авакумов В.М. Современное учение о витаминах. М.: Химия, 1991. - 214 с.
2. Алексенцев В.Г. Витамины и человек. - М.: Дрофа, 2006.- 156 с.
3. Афиногенова С.Г. Витамины. Учебно-методическое пособие для студентов биолого-химического факультета / С.Г. Афиногенова, Э.А. Сидорская. - Арзамас: АГПИ им. А.П. Гайдара, 1990.- 65 с.
4. Ванханен В.Д. Гигиена питания. - М.: Медицина, - 1982.- 345 с.
5. Витамины и методы их определения. - Горький, ГГУ,1981.- 212 с.
6. В.А. Волков, Л.А. Волкова. Определение витамина С //Химия в школе. - 2002. - № 6. - С.63-66.
7. Романовский В.Е. Витамины и витаминотерапия. Серия "Медицина для вас"/ В.Е. Романовский., Е.А. Синькова - Ростов н/Д. "Феникс", 2000.- 320 с.
8. Химия биологически активных природных соединений / Под ред. Преображенского Н.А., Евстигнеевой Р.П. - М.: Химия, 1970. -320 с.
9. Эйдельман М.М. Сверхдозы аскорбиновой кислоты - кому и когда // Химия и жизнь.- 1985.- №1.- С. 66-69.
10. Яковлева Н.Б. Химическая природа нужных для жизни витаминов. - М.: Просвещение, 2006. - 120 с.

ЗАМАНАУИ АУЫЗ СУЫН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ТҰРҒЫДАН БАҒАЛАУ

Қуандық Н.Е.

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., доцент Асемова Г.Д.

Кафедра: профессор Ш.И.Сарбасоваатындағы микробиология,
вирусология және иммунология, Астана Медицина Университеті,
Нұр-сұлтан қ.

Өзектілігі: Адам өзін жақсы сезіну үшін таза, жоғары сапалы ауыз суды қолдануы керек. Бүгінде адам денсаулығын сақтау және нығайту қазіргі кездегі ең өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Көптеген қауіпті аурулар су арқылы таралуы мүмкін: жұқпалы гепатит, энтероколит, іш сүзегі, туляремия, тырысқақ және басқалары. Ежелгі заманда, әсіресе ыстық елдерде, аурудың 60%-ы және өлім-жітімнің 40%-ы су арқылы берілетін инфекциялармен байланысты болған. Қазіргі таңда ауыз су сапасына бақылау жүргізуге үлкен мән беріледі. Осыған байланысты, судың микробиологиялық көрсеткіштерін, атап айтқанда, онда кездесетін тірі микроорганизмдерді зерттеу өзекті болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: «Хрустальная», «Алтын су», «Аqua Express», «Живая вода» ауыз суларындағы микроорганизмдерді сандық және сапалық тұрғыдан зерттеу.

Зерттеу материалдары және әдістері: Микроскопиялық және бактериологиялық зерттеулер «Астана Медицина Университеті» АҚ профессор Ш.И.Сарбасова атындағы микробиология, вирусология және иммунология кафедрасында жүргізілді. Зерттеуге тұтынушылар жиі қолданатын ауыз су компанияларының өнімдері алынды: «Хрустальная», «Алтын су», «Аqua Express» және «Живая вода». Жалпы микробтық санын анықтау және ашыту әдісімен судың коли титрін және коли индексіні анықтау жүргізілді. Сынаманы алуға қолданылған құрал-жабдықтар: стерильді физиологиялық ерітіндісі бар пробиркалар, пипеткаға арналған насос-груша, пипеткалар. Қоректік ортаға себу кварцтелген зертханалық оқу бөлмесінде штрих және Гоулд әдістерімен жүргізілді. Су сынамалары 2,3 есе сұйылтылып, әр маркадан 3 сынамадан алынды. Алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу үшін әртүрлі қоректік орталар пайдаланылды: жалпы бактериялар үшін ет пептонды агар, Enterobacteriaceae тұқымдасы бактерияларын анықтауға - Эндо, саңырауқұлақтарды анықтау үшін Сабуро орталары. Коли-титр және коли-индексті анықтау үшін глюкоза-пептонды Эйкман ортасы. Алынған су сынамалары себілген қоректік орталар термостатта 37°C температурада өсірілді.

Нәтижелер: Бактериологиялық зерттеу нәтижелері көрсеткендей әртүрлі ауыз суларынан алынған жалпы сынамалардан патогенді емес микроорганизмдер бөлінді. «Хрустальная» және «Алтын су» сынамалары себілген ет пептонды агарда өскен күдікті колонияларды микроскопиялық зерттеу кезінде да жағындыдан жекелеген микрококктар, таяқшалар, сапрофитті бациллалар анықталды.

Зерттеуге алынған сулардан «Aqua Express», «Живая вода» сынамаларында өсу болған жоқ, «Хрустальная», «Алтын су» микробтары судың 1 мл-де 10^3 -тен асқан жоқ.

Глюкоза пептонды Эйкман ортасында өскен лактоза позитивті колониялардан жағынды жасауда E.coli бөлінген жоқ, микроскоптау кезінде бірқатар таяқшалар, кокктар табылды. Жасалған оксидаза тестінің оң болуы себепті ауыз суларының коли-титрі және коли индексі әрі қарай анықталған жоқ, бұл ауыз суларының жарамды екенін айғақтайды.

Біз күн сайын судың сапасына қатысты мәселеге кезігеміз. Біздің елімізде судың сапасы айтарлықтай реттелген. Арнайы станцияларда су тазаланады. Алдымен құм қабаты арқылы сүзіледі, содан кейін тотықтырғыштар-хлор немесе озонмен өңделеді. Ауыз судың сапасы әсіресе қар еруі мен көктемгі су тасқыны кезінде, әр түрлі қоспалардың суға енуіне байланысты қатаң бақыланады. Суды тазарту суды толығымен ішуге жарамды етеді.

Осы тұжырымды біздің жасаған тәжірибеміз де нақтылап тұр, сынамалары алынған ауыз сулардан ішек таяқшасы тобындағы бактериялардың табылмауы осы сулардың жарамды екенін көрсетті.

Тұжырым: Қорытындылай келе, адам өмірінде кездесетін табиғи ресурстардың ең қымбаты-бұл су. Су адамның өмір бойы ажырамас серіктесі болып табылады. Сусыз және таза ауасыз өмір сүру мүмкін еместігін ұзақ уақыт бойы ұмыттық. Табиғатта болған өзгерістердің қауіп-қатері қоршаған ортаның адамдарға қолайлы әрі қауіпсіз болып қалу үшін не істеу керек екендігі туралы ойландырды.

Өкінішке орай, ауыз су әлемнің көптеген бөліктерінде жетіспейді. БҰҰ деректері бойынша әлем халқының шамамен алтыдан бір бөлігі таза ауыз суға қол жеткізе алмайды. Бүкіл әлемде тұщы су жетіспеушілігі, тұщы судың сапасы мен оның адам денсаулығына әсері аса күрделі мәселе болып тұр. Сапасыз ауыз судан күн сайын 40 адам өледі.

Үйлеріміздегі ауыз судың сапасы бізге байланысты. Ауыз суды үнемдеңіз – судың әр тамшысы қымбат. Заманауи қоғамның өмір сүруінің негізгі шарттарының бірі – экологиялық сауатты тұлғаны тәрбиелеу.

Әдебиеттер:

1. Г.С.Сакович,М.А.Безматерных Физиология и количественный учет микроорганизмов.Екатеринбург 2005
2. И.Г.Ушакова,А.М.Геселько,О.В.Широченко,С.А.Анисимова Санитарно-бактериологические исследования качества воды
3. <https://studopedia.org/13-114042.html>
4. <https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2012/03/20/issledovatelskaya-rabota-kachestvo-pitevoy-vody-i-ee-vliyanie-na-zdorove>

QUINOLONE RESISTANT *E.COLI* AND *K.PNEMONIA* STRAINS, RELATED PATHOLOGIES, MECHANISMS OF QUINOLONE RESISTANCE AND EFFECTS OF ANTIMICROBIAL USAGE IN INDUSTRIAL FARMING

Bilge Karadeniz

Maltepe University Faculty of Medicine

Abstract: Antimicrobial resistance (AMR) is one of the most important constitutions of the disease phenomena. Especially, diarrheal diseases, pneumonia, HIV , tuberculosis and hospital-acquired infections. At that point with AMR, we have fewer choices especially with the pathogens like *E.coli* and *K.pnemonia*.

For instance, in the study done by NAUTICA (North American Urinary Tract Infection Collaborative Alliance) detected resistant rate for ciprofloxacin was 5.4% ¹. Also in the study done by ARESC (Antimicrobial Resistance Epidemiological Survey on Cystitis)¹, during 2003-2006 ciprofloxacin resistant rate was found as %8.3 in nine European countries, Russia and Brazilia.

In addition, nosocomial infections with resistant *E. coli* indicates serious risks and especially fluoroquinolone-resistant *E.coli* strains can be observed in the cases with hematologic malignancies now. Fluoroquinolone-resistant *E.coli* was observed at ninety-eight patients with nosocomial.

E. coli infections in a study at Johns Hopkins Hospital for determining risk factors for in-hospital mortality among patients with *E. coli* BSIs². Quinolones act by converting their targets, gyrase and topoisomerase IV. With the activity of quinolones, gyrase and topoisomerase IV genes start coding for toxic enzymes that fragment bacterial DNA. Until now, three mechanisms that can decrease the efficiency of quinolones had been discussed; target-mediated, plasmid-mediated and chromosome-mediated resistance.

Target-mediated resistance observed commonly among the others ; caused by mutant gyrase and topoisomerase IV genes that reduce interactions between quinolones and that enzymes. Plasmid-mediated resistance; disruption of quinolone-enzyme interactions, alter pharmaceutical agents metabolism or increase efflux of quinolone. Chromosome-mediated resistance result with porin underexpression or cellular efflux pump overexpression thus decreased cellular concentrations of quinolones.

The main aim of that presentation is to give a wider view of quinolone-resistant strains, resistance mechanisms and the effect of widespread quinolone usage in industrial farming (poultry) on recently increased AMR. Discussions that still continue for restrictions on fluoroquinolones (EMA committee) will be mentioned.

REFERENCES

- 1)Clinical Importance and Epidemiology of Quinolone Resistance [Eu Suk Kim](#) and [David C. Hooper](#)/2014 Dec 29
- 2)The Clinical Impact of Fluoroquinolone Resistance in Patients with *E. coli* Bacteremia [Bernard C Camins](#), MD, MSCR, [Jonas Marschall](#), MD, [Shannon R DeVader](#), MPH, [Dawn E Maker](#), MPH,[Matthew W. Hoffman](#), BS, and [Victoria J Fraser](#), MD [J Hosp Med.](#) 2011 July
- 3)FVE Federation of Veterinarians of Europe “Antibiotic Resistance and Prudent use of Antibiotics in Veterinary Medicine”
- 4)Shea KM. Antibiotic resistance: What is the impact of agricultural uses of antibiotics on children health? *Pediatrics* 2003;112:253-8.
- 5)Antimicrobial Susceptibility Tests; Related Methods, Interpretive Criteria and Resistance in Some Bacteria from Poultry Review Article *J Fac Vet Med Univ Erciyes* 7(2) 117-129, 2010
- 6)Mechanism of Quinolone Action and Resistance /[Katie J. Aldred](#), [Robert J. Kerns](#), and [Neil Osheroff](#)-2014 Feb 27

ВЛИЯНИЕ АСПАРТАМА НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТА АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ КАТАЛАЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ерубай Айдана Суюншибайқызы

магистрант 2-го курса специальности «Биология»

Научный руководитель: к.х.н., доцент, Рахимова Б.Б.

НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация: Экспериментально изучена активность некоторых ферментов антиоксидантной защиты при пероральном введении аспартама у крыс. Обнаружено нарушение активности каталазы в крови у самцов крыс.

Ключевые слова: аспартам, сахарозаменитель, окислительный стресс, антиоксидантная защита, каталаза, экспериментальные животные.

Введение: Аспартам (L-аспартил-L-фенилаланин метиловый эфир) является одним из наиболее искусственных подсластителей, широко используемых в пищевой промышленности и фарминдустрии, благодаря его низкой энергии метаболизма и высокой подслащивающей способности [3]. После перорального введения экспериментальным животным аспартам полностью метаболизируется в аспарагиновую кислоту, фенилаланин и метанол [1, 2].

Цель: Оценка активности фермента антиоксидантной защиты и развития окислительного стресса при употреблении аспартама в эксперименте.

Материалы и методы: Объектом исследования служили белые беспородные крысы-самцы исходной массой 180-220 г, которые поделены на контрольную и 3 опытные группы, в которых введение аспартама отличалось от его дозы. Биохимические исследования проводились в крови у крыс, забор крови производился в течение 7, 21 дней. Для оценки состояния каталазы в крови у лабораторных животных проводилось определение активности каталазы спектрофотометрически при λ 410 нм [4].

Результаты и обсуждение:

Каталаза является ферментом антиоксидантной защиты. Как показано в рисунке 1, анализ активности фермента антиоксидантной защиты в крови у экспериментальных животных показал угнетение каталазы в 1,05-1,13 раза по сравнению с контрольной группой.

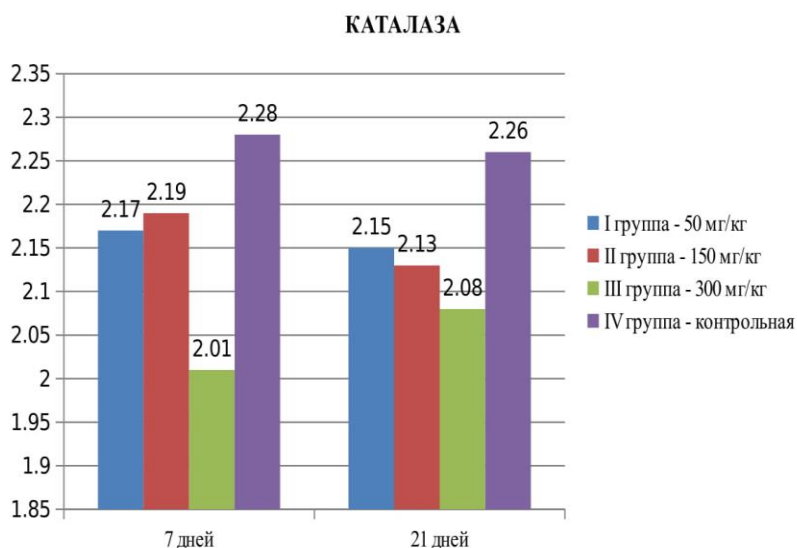


Рисунок 1 – Активность каталазы в крови у крыс при пероральном введении аспартама

Выводы: Полученные нами результаты исследования показали, что при употреблении аспартама в дозе 50, 150, 300 мг/кг при различных сроках происходит нарушение окислительного процесса уже на ранних сроках эксперимента, что доказывает негативное влияние аспартама в организме.

Заключение: Данные, рассмотренные в этом тезисе, предполагают, что использование аспартама может не только усугубить существующее системное воспаление, но и вызвать воспаление, если употреблять его регулярно.

Список литературы:

1. Collison K.S., Makhoul N.J., Zaidi M.Z., Al-Rabiah R., Inglis A., Andres B.L., Ubungen R., Shoukri M., Al-Mohanna F.A. Interactive effects of neonatal exposure to monosodium glutamate and aspartame on glucose homeostasis. // Nutr. Metab.–2012–№9.–P.58.

2. Finamor I.A., Ourique G.M., Pês T.S., Saccol E.M.H., Bressan C.A., Scheid T., Baldisserotto B., Llesuy S.F., Partata W.A., Pavanato M.A. The protective effect of N-acetylcysteine on oxidative stress in the brain caused by the long-term intake of aspartame by rats. // Neurochem. Res.–2014.–№39.–P.1681-1690.

3. Magnuson B.A., Carakostas M.C., Moore N.H., Poulos S.P., Renwick A.G.. Biological fate of low-calorie sweeteners. // Nutr. Rev.–2016.–№74.–P.670-689.

4. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело.–1988.–№1.–С.16-19.

АПОСТЕРИОРНАЯ ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА.

Нурахметова Л.Ж.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мусина А.А.

НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана

Аннотация: неблагоприятные условия труда плавильщиков и газовщиков связано с тяжелым физическим трудом, вынужденной рабочей позой, локальными мышечными нагрузками, высокой запыленностью воздуха, что влияет на их состояние здоровья.

Ключевые слова: состояние здоровья, профессиональная заболеваемость, черная металлургия.

Введение. На сегодняшний день актуальна тема профессиональной заболеваемости работников, занятых в промышленной сфере [1]. Основной организационной формой наблюдения за здоровьем работающих во вредных и опасных условиях, оказания им своевременной и квалифицированной врачебной помощи в Казахстане, как и в других странах мира, является проведение предварительных и периодических медицинских осмотров [2]. Целью работы является оценка уровня состояния здоровья работников Аксусского завода ферросплавов (АЗФ) по материалам ПМО и заболеваемости.

Материалы и методы исследования: Анализировались акты периодических медицинских осмотров (ПМО), а также материалы выкопировки заболеваемости. Всего анализировались сведения по цехам №1, №2 и №4 (776 чел.), контрольную группу составили данные работников инженерно-технического и административного отдела завода (930 чел.). Основным показателем, отражающим уровень состояния здоровья, был взят «индекс здоровья» (ИЗ), который рассчитывался по формуле: $[m=]$, где p - среднее число не болевших лиц, %; n – число круглогодичных рабочих (абсолютное). Анализировались показатели: число лиц; число случаев на 100 работающих; число дней нетрудоспособности; продолжительность одного случая.

Результаты и обсуждение. Анализ выявил у плавильщиков самый низкий уровень ИЗ, который соответствовал у них 55,18%, у газовщиков 74,42%, что характеризуется как высокий уровень, по сравнению с контролем (88%). Большая доля числа дней нетрудоспособности на 100 работающих приходилось также на плавильщиков 60 %, у газовщиков 26 % (при контроле 14%). В структуре заболеваемости с ВУТ на 100 плавильщиков первые позиции занимали болезни органов дыхания 37,83%, болезни костно-мышечной системы –17,7% и травмы –15%. В структуре заболеваний у газовщиков, основную часть случаев составляли болезни органов дыхания 39,1%, болезни костно-мышечной системы –14,5% и органов пищеварения –13%.

Вывод. В целом, анализ данных свидетельствует о высоком уровне заболеваемости у плавильщиков, чем у газовщиков. При сравнении с контрольной группой выявлено, что есть фактор влияния вредных факторов производственной среды и трудового процесса на состояние здоровья работников цеха №1, №2 и №4.

Список литературы:

- 1.Измеров Н. Ф. Актуализация вопросов профессиональной заболеваемости// Здоровоохранение Российской Федерации, №6.- 2013.- 14-17 с.
- 2.Мухаметжанова С.Е. Совершенствование качества организации медицинских осмотров работающих во вредных опасных условиях// Медицина и экология, №2. -2010.- 38-42 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Акшалов А.Р. интерн-терапевт
научный руководитель - к.м.н., доцент С. О. Жексембаева
Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет
Караганды», г. Караганда.

Аннотация: Проведено комплексное обследование 50 пациентов с бронхиальной астмой сопутствующей стабильной стенокардией напряжения. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что у больных с сочетанием ИБС и бронхиальной астмы без болевая ишемия миокарда встречается чаще, чем у пациентов бронхиальной астмой без сопутствующей ИБС. Для ранней диагностики ИБС у больных бронхиальной астмой проведение ХМ-ЭКГ, определение липидного спектра и ЭКГ обследование в период обострения бронхиальной астмы на фоне тахикардии повышает частоту выявления ИБС.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, липидный обмен, функция внешнего дыхания, стенокардия напряжения.

Введение. В настоящее время растет удельный вес больных бронхиальной астмой, которые страдают патологией органов кровообращения, которые вносят существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения [1,2,3,4].

Во 2-ю группу вошли 23 больных, бронхиальной астмой без сопутствующей патологии. Функцию внешнего дыхания оценивали с помощью спирометрии, определяли объём форсированного выдоха за 1-ю секунду, индекс Тиффно. Проведены пикфлоуметрия, эхокардиография. Определены основные показатели липидного обмена. У пациентов регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ), проводили велоэргометрию (ВЭМ) по методике ступенчатой возрастающей нагрузки с последующим

увеличением мощности каждые 3 минуты под контролем ЭКГ и АД. Критериями прекращения ВЭМ были общепринятые клинические или электрокардиографические признаки ишемии миокарда.

Результаты и обсуждение. У больных бронхиальной астмой и ИБС при оценке показателей липидного обмена выявлено значительно повышенный уровень общего холестерина ($5,58 \pm 0,25$ ммоль/л), что является пограничным уровнем. Так же, уровень триглицерида ($2,32 \pm 0,11$ ммоль/л), который превышает нормальные показатели. Зарегистрировано нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу. По результатам велоэргометрии, у пациентов верифицирована стабильная стенокардия II-го функционального класса.

Выявлены гипертрофия левого желудочка у 30(60%) больных и гипертрофия правого желудочка у 20(40%) пациентов. Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ в период ремиссии бронхиальной астмы позволяет выявлять проявления характерные для стенокардии. Регистрация ЭКГ во время обострения бронхиальной астмы на фоне выраженной тахикардии повышает частоту выявляемости ИБС [9,10].

Вентиляционная недостаточность I степени диагностирована у 40(80%) больных, вентиляционная недостаточность II степени – у 10(20%) больных в первой группе, при исследования функции вентиляции.

Следовательно, при бронхиальной астме в сочетании с ИБС наблюдается проявление системного воспаления и дислипидемия в крови.

Выводы. Таким образом, у больных с сочетанием ИБС и бронхиальной астмы без болевой ишемии миокарда встречается чаще, чем у пациентов бронхиальной астмой без сопутствующей ИБС.

Необходимо динамическое наблюдение за пациентами бронхиальной астмой для раннего выявления болезней органов кровообращения.

Заключение. Для ранней диагностики ИБС у больных бронхиальной астмой проведение ХМ-ЭКГ, определение липидного спектра и ЭКГ обследование в период обострения бронхиальной астмы на фоне тахикардии повышает частоту выявления ИБС.

Список литературы:

- 1 Авдеев С.Н., Баймаканова Г.Е. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации // Пульмонология. -2008.-№1.- С.5-13.
- 2 Будовская Л.А. Механизмы воспаления при сочетании бронхиальной астмы и ишемической болезни сердца // Украинский пульмонологический журнал. – 2012. -№ 1.- С. 68—73.
- 3 Визель А.А. Бронхиальная астма: современные тенденции в лечении // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. 4,№ 3. — С. 14-17.
- 4 Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М. и др. Особенности клинической картины и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с заболеваниями сердечнососудистой системы // Терапевтический архив. — 2007. — Т. 79, № 9. — С.60-65.
- 5 Ежов М.В., Сергиенко И.В., Кухарчук В.В. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. Март, 2017. – 22с.
- 6 Саморукова Е.И., Адашева Т.В., Задионченко В.С. и др. Плейотропные эффекты розувастатина у больных хронической обструктивной болезнью легких с высоким риском развития сердечно - сосудистых заболеваний // Кардиология.- 2015.-№7 (55). – С.32-37.
- 7 Тарловская Е.И., Одегова А.А. Оценка эффективности медикаментозной терапии в коррекции структурно-функциональных изменений сердечной мышцы у больных с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой // Кардиология. – 2016.-№6 (56).- С.36-40.
- 8 Ширинский В.С., Ширинский И.В. Коморбидные заболевания – актуальная проблема клинической медицины // Сибирский медицинский журнал.- 2014.-№1 (29).-С.7-12.
- 9 Чичерина Е.Н., Малых С.З., Шипицина В.В. Состояние миокарда при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме // Клиническая медицина. -2007.-№2.-С.23-25.
- 10 Яковлева О. А., Жамба А. О., Мазур Ю. В. Коморбидность бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистой патологии // Рациональная фармакотерапия. – 2008. -№ 1.-С.37–40.

ТӨРТМҮШЕЛІ СЕМІЗОТТЫ (*RODIOLA QUADRIFIDA* PALL.) БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТ КӨЗІ РЕТІНДЕ ЗЕРТТЕУ

Р.А. Омарова х.ғ.д., профессор,
Д.К. Сатмбекова магистр химии, оқытушы,
А.А.Берикова 4 курс студенті
«Ұлттық медицина университеті» АҚ

Түйін. Бұл мақалада Төртмүшелі семізот (*Rhodiola quadrifida*) түрі өсімдігінің халық және ресми медицинасында қолданылуы, ботаникалық сипаттамасы беріліп, химиялық құрамы, таралу аймағы қарастырылады. Оны болашақта жаңа дәрілік заттарды өндіруде шикізат көзі ретінде қолдану талқыланады.

Түйінді сөздер: Төртмүшелі семізот (*Rhodiola quadrifida*), сүт безі ауруы (мастопатия), биологиялық белсенді зат, дәрілік өсімдік шикізаты.

Кіріспе. Дүние жүзінде сүт безі ауруы (мастопатия) әйелдерде 70 - 80% кездеседі. Мастопатиямен ауырған әйелдерде сүт безінің қатерлі ісікке ауысуы бірнеше есеге өскен. Көп жағдайда сүт безі ауруының фиброзды кистозды түрі 30-50% жағдайы қатерлі ісікке айналады [1]. Соңғы жылдары мастопатиямен ауыратын науқастар саны дүние жүзінде ғана емес, сонымен қатар біздің еліміздеде жиі кездеседі. Сүт безі ауруларын емдеуде дәрілік өсімдіктерден жасалынған препараттарды кеңінен пайдаланылады. Себебі, табиғи дәрілік препараттар фармакологиялық әсер ету кеңдігі және аз улылығымен, жанама әсерінің жоқтығымен, қолжетімділігімен, аллергиялық реакциялардың болмауы сияқты қасиеттерге ие, өсімдік тектес дәрілер бірқатар ауруларды емдеуде ұзақ қолдануға мүмкіндік береді. Ағза үшін антиоксиданттармен физиологиялық үндестігі бар өсімдік тектес препараттар тиімді және қол жетімді [2]. Мұндай перспективті өсімдік шикізат көзі ретінде - Төртмүшелі семізотты (*Rhodiola quadrifida*) қарастыруға болады.

Мақсаты. Кешенді зерттеудің нәтижесінде Төртмүшелі семізотты (*Rhodiola quadrifida*) биологиялық белсенді зат көзі ретінде қарастыру.



Сурет 1 - Жалаңаш таста өскен төртмүшелі семізот
(*Rhodiola quadrifida*)

Жасаңшөптер тұқымдасы, Семізот туысы (*Rhodiola quadrifida*) – биік таулы орманның ең жоғарғы белдеуінде, Шығыс Қазақстан облысы Катонқарағай ауданындағы Алтай тауының Сарымсақты және Тарбағатай тау жоталарында өседі. Оңтүстік Сібірде, Шығыс Саян тауларында толық кәдімгі түр ретінде кездеседі, бірақ солтүстікте сирек кездеседі және анық реликті өсімдік. Сонымен қатар ол – Барлық Сібір, Арктика тасты жағалауында және Альпі белдеуі мен тундраның таулы шағылдарында кездесетін шөптәріздес өсімдік.

Гүлі төртмүшелі, екі үйлі, дара жынысты, кейде қос жынысты түрі өте сирек кездеседі. Тамырсабағы жуан, кей кезде бұтақтанып та кетеді. Көп жағдайда қоңыр түсті немесе өткен жылғы сабақ қалдығының қабыршағымен жабылған. Күлтесі сары, кейде жоғарғы бөлімі қызылттау болып келеді. Ені 4 мм аталығы сарғыш жіпшелі сабағы қоңыр қабыршақпен оралады, ал ол жергіліті халық арасында «Шөтке шөп» деп те аталады.

Халықтық медицинада Төртмүшелі семізотты (*Rhodiola quadrifida*) мастит, миома, жатыр фибромиомасын, жатырдың мойын эрозиясын, поликистоз, кистоз, жатыр мен аналық бездің кистасы, эндометриоз, ауыр және тұрақты емес менструация циклі, гормондық бұзылуынан байланысты, қан тоқтамау, климактериялық жағдайды жеңілдету мақсатында қолданады.

Ал төртмүшелі семізотты гормональді препараттарды қолдау кезінде араластыруға болмайды. Артерияльдық қысымның көтерілуі, психикалық мазасыздық, жедел жүрек жеткіліксіздігі Төртмүшелі семізоттың (*Rhodiola quadrifida*) қарсы белгілері болып табылады.

Аталған қасиеттері өсімдік құрамындағы иілік заттардың, антрагликозидің, эфир майының, органикалық қышқылдардың, көмірсулардың, ақуыздардың, майлардың, балауыздардың, стериндердің, үшіншілік спирттердің, фенолдардың, гликозидтердің, флавоноидтардың, маранецтің, мырыштың, хромның, кобальттың, камедтің, мыстың, никельдің, күмістің, молибденнің болуына байланысты. Ал оның құрамындағы антоциан мен бетаин өсімдікке өзіне тән түс береді. [3].

Қорытынды.

Осылайша, Қазақстан аумағында өсетін Төртмүшелі семізот (*Rhodiola quadrifida*) өте құнды дәрілік өсімдік болып табылады. Төртмүшелі семізот (*Rhodiola quadrifida*) Қазақстан Республикасының Қызыл кітабына енгізілген. Ол баяу өседі және оның қорлары бірнеше ондаған жылдан кейін ғана қалпына келеді.

Сондай-ақ, құрамында бағалы биологиялық белсенді қосылыстар бар Төртмүшелі семізот (*Rhodiola quadrifida*) ісікке қарсы, қабынуға қарсы, нейропротекторлы, адаптогендік және антибактериалды фитопрепараттарды алудың перспективалы көзі болып табылады, ал оның тереңдете зерттеуі жақын арада терапиялық әсерінің кең спектрі бар жаңа дәрілік препаратты жасауға мүмкіндік береді.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Прилепская, В.Н. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии / В.Н. Прилепская, О.Б. Швецова // Маммолог. – 2005. - № 4. – С. 19-25.
2. Радгинский, В.О. Лечение фиброзно-кистозной мастопатии / В.О. Радгинский, И.М. Ордиянц, В.И. Зубкин и др. – 2003. – № 11. - С. 46-49.
3. <https://mydocx.ru/11-55228.html>

ЖІҢІШКЕ ТАСШЫГҮЛ (ANDROSACE FILIFORMIS) ӨСІМДІГІНІҢ ЖАЛПЫ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАДА ҚОЛДАНЫЛУЫ

Ажибекова Г.Қ

Акционерлік қоғам “Қазақ Ұлттық медициналық университеті”

Кафедра «Дәрілер технологиясы және инженерлік пәндер
кафедрасы»

Түйін: Бұл мақала жіңішке тасшыгүл өсімдігінің түрлі дерттерге шипа екенін және қандай мақсаттарға қолдануға болатыны туралы талдау жүргізілген. Жіңішке тасшыгүл туберкулезде, жарық ауруында, тыныштандырғыш, жүрек ауруларын емдеуге көмектеседі. Түйінді сөздер: Жіңішке тасшыгүл, тасшыгүл, дәрілік өсімдік шикізаты, шикізат, тұндырма

Кіріспе. Қазақстан флорасының перспективті дәрілік қалыптар жасаудың көзі ретінде мүмкіндігі зор. Жалпы алғанда, ол ғылыми маңызды, бәсекелестікке қабілетті және әлемдік нарықта жоғары сұранысқа ие. Дәрілік өсімдіктер - кең спектрлі фармакологиялық және терапиялық әсері бар, кумуляциялық қасиеті жоқ және жанама әсерлері төмен фитопрепараттар алуда құнды шикізат болып саналады [1-2].

Фитопрепараттар көбінесе аллергиялық ауруларды кешенді емдеуде бактериологиялық, қабынуға қарсы, иммунитетті реттейтін және антимикробтық агенттер ретінде қолданылады.

Жіңішке тасшыгүл ақдодалдар тұқымдасына жататын бір жылдық шөптесін өсімдік. Латынша атауы: *Androsace filiformis* Retz. Тұқымдастығының латынша атауы: *Primulaceae* Vent. [3-4].

Жіңішке тасшыгүл өте құнды емдік қасиеттері ие, ал осы өсімдіктің шөбі терапиялық мақсаттарда қолдануда ұсынылады. Шөп ұғымына гулдер, сабақтар және жапырақтары кіреді. [5] Мұндай аса құнды емдік қасиетінің болуын, оның құрамындағы иілік заттар, антрахинондар және сапониндердің болуымен түсіндіріледі. Жіңішке тасшыгүл негізіндегі қайнатпа мен тұндырманы жараларды емдеуді жеделдету үшін ұсынылады. Бұл өсімдіктің протистоцидтік және бактерицидтік қасиеттерге ие екендігін эксперименталды түрде дәлелдегенін атап өткен жөн. [6-7]

Өсімдік шикізатын алу: Қытайда, Қазақстанда, Корей елдерінде, Қырғыстанда, Моңғолияда, Тәжікстанда, Түркменияда, Өзбекстанда, Ресейде, Балтық елдерінде, Украинада, Белоруссияда және АҚШ-та таралған. Ресейдің еуропалық бөлігінде кездеседі. Қазақстан аумағының барлық орман алқабында кең таралған. Шалғындарда, орманда және өзен жағалауларында өседі. Негізінен жазда гүлдейді, бірақ кейде күзде де кездеседі. [8]

Өсімдік шикізатын кептіру ерекшеліктері; Шөптерін гүлдену кезінде жинайды және 4-5 см қабатпен жайып, қалта астында көлеңкеге кептіреді. Жыл сайын бір орыннан жинау кезінде, қалпына келтіру үшін өсімдіктердің 30% қалдыру керек. [9]



Жіңішке тасшыгүл өсімдігі

Жіңішке тасшыгүл өсімдігінің фармакологиялық қасиеттері: Жіңішке тасшыгүл өсімдігі өте құнды емдік қасиеттерге ие, емдік мақсатта осы өсімдіктің шөптерін пайдалану ұсынылады. Шөп түсінігіне гүлдері, сабақтары мен жапырақтары кіреді.

Медицинада жіңішке тасшыгүл тұндырмасын туберкулезде, жарық ауруында, жүрек ауруларында тыныштандырғыш ретінде қолданады. Оның тұндырмасы мен қайнатпасы жаралардың бетін сүртуге пайдаланады. Ал стоматит мен тамақтың қабынуы кезінде, тасшыгүл шөбінің он бес-отыз граммына жуық негізінде дайындалған қайнатпасын қолдану ұсынылады. [10]

Қорытынды: Табиғаттың қыр сырына қанық мамандар біздің елімізде 6 мыңнан астам өсімдіктің өсетінін айтады. Оның ішінде 500-ге жуығы дертке дәру берерлік қасиеттері бар екен. [11] Біле білген адамға осының өзі қаншама байлықтың көзі деп айта аламыз. Алайда оған өз деңгейінде назар аударып жүрген ешкімнің жоқтығы қынжылтады. Өкінішке орай, медицинада бұл емді қасиеті өте күшті, сирек кездесетін тасшыгүл өсімдік шикізаты әлі күнге дейін қолданылмай келеді. Ал халық медицинасында өкпе ауруларында, онкологиялық және жарық ауруларында шипа болып отыр. Жалпы, халық медицинасына пайдаланып келген шипалы шөптермен емдеу мәселесі бүгінгі таңда өзіндік назар аударуды талап етер мәселе болып саналады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Губанов И. А. Проломник нитевидный // Иллюстрированный определитель растений Средней России. – Т-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. иссл. - 2004. - Т. 3. - С. 28-31.
2. Рысин Л.П. Конспект лесной флоры средней полосы Русской равнины. – М.: Сосудистые растения, 2009. – 131 с.
3. Харкевич С. С. Сосудистые растения советского Дальнего Востока // Наука. - 1985. - Т. 2. - С. 157-163.
4. Чуешов В.И. и др. Промышленная технология лекарств // НФаУ. – М.: МТК-Книга, 2013. - Т. 1. - С 87-89.
5. В.Н.Кортиков, А.В. Кортиков «Лекарственные растения» Москва » АЙРИС ПРЕСС» 1998
6. Адекенов С.М., Байтулин И.О., Егеубаева Р.А., Сапарбаева Н.А. Изучение распространения, запасов сырья полыни беловойтой в южном Казахстане // Известия НАН РК. Серия Биологическая и медицинская. - 2009. - №6 (276). – С.10-18
7. Клиппел Д.Х., 2001. Чучалин А.Г., 2007; Стрельцова Е.Н., 2007
8. Блинова О.А., Печерская Л.Г., Смирнова М.М., Марченко С.Д. Противовоспалительная активность извлечений из надземной части *Viola tricolor* (violaceae) - Растительные ресурсы 2006, 42, 4, 76
9. Бубенчиков Р.А., Покровский М.В., Покровская Т.Г. Оценка противовоспалительной и отхаркивающей активности фиалки опушенной - Кубанский научный медицинский вестник 2010, 8, 28-31.

9. Мартынов А.М., Даргаева Т.Д., Чупарина Е.В. Химический состав и применение растений рода Фиалка - Сибирский медицинский журнал (Иркутск) 2010, 96, 5, 121-124.

10. «Қазақстан»: Ұлттық энциклопедия / Бас редактор Ә. Нысанбаев – Алматы «Қазақ энциклопедиясы» Бас редакциясы, 1998 ISBN 5-89800-123-9, IX том

ШАЛФЕЙДІ ОФИЦИНАЛДЫ ЖӘНЕ ХАЛЫҚ МЕДИЦИНАСЫНДА ЖӘНЕ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚОЛДАНУ

Абылай Аяжан Нурғалиқызы
студент, «Ұлттық медицина университеті» АҚ
Қазақстан, Алматы қ.
Р.А. Омарова х.ғ.д., профессор,
Д.К. Сатмбекова магистр химии, оқытушы,
А.Н. Абылай 4 курс студенті

Мақалада дәрілік Шалфей (*Salvia officinalis* L) өсімдігінің дәстүрлі және ресми медицинада, стоматологиялық тәжірибеде қолданылуы көрсетілген.

Түйінді сөздер: *Salvia officinalis* L, экстракт, дәрілік өсімдік шикізаты, ресми медицина, дәстүрлі медицина.

Өзектілігі: Халық медицинасы және халықтық емдік заттар әрқашан дәрігерлер мен зерттеушілердің назарында болған. Мұндай заттардың кейбіреулері толық ауқымды зерттеуден кейін ресми медицинада орын тапты және қазіргі кезде қолданыстағы бірқатар дәрілік өсімдіктерді тізбектеуге болады. Әрбір дәрілік өсімдік ресми медицинада қолданысын тапқанға дейін ұзақ жолдан өтеді. Дәстүрлі медицинаның көп ғасырлық тәжірибесі және ғылыми медицинаның жетістіктері бұрыннан қолданыста болған, бірақ уақыт өте ұмытылып кеткен дәрілік өсімдіктерді жан-жақты зерттеп, олардың ішіндегі тиімдісін анықтап, жаңа емдік қасиеттері анықталып жатады.

Өртүрлі фармакологиялық белсенділікке ие, жаңа препараттарды әзірлеу үшін, халық медицинасында көп ғасырлық қолдану тәжірибесі бар шикізаттардың бірі - *Salvia officinalis* L. болып табылады. Сәйкесінше биологиялық белсенді қоспалардың әлеуетті көздерін іздеу мақсатымен *Salvia officinalis* L. дәстүрлі және ресми медицинада қолданылуын зерттеу өзекті болып табылады.

Жұмыстың мақсаты болып *Salvia officinalis* L. дәстүрлі және ресми медицинада қолдану ауқымын зерттеу.

Материалдар және әдістер. *Salvia officinalis* L. шөбі мен өсімдігі және әдебиеттер мен электрондық ресурстар.

Нәтижелер мен талқылаулар. Дәрілік Шалфей (*Salvia officinalis* L)-ерінгүлділер тұқымдасына жататын көп жылдық, биіктігі 50 см, жартылай бұта шөптесін өсімдік. Сабақтары бұтақталған, төрт қырлы, жапырақтары ұзын 5-10см, сағақты, сопақша келген, сабақтарында қарама-қарсы орналасқан, жапырақтың жиектері, аздап дөңес тісті болады. Күшті хош иісі бар. Дәмі ащы. Орта ғасырларда шалфей панацея ретінде, барлық ауруларға қарсы дәрілік препарат ретінде қолданылды. Тіпті қазір халық медицинасында шалфей барлық денені нығайтады, паралич алдын алады және емдейді [5].

Шалфей тыныс алу жолдары ауруларында, бүйрек ауруларында, гастрит кезінде, аромотерапия ретінде және парфюмерияда стоматологияда да кеңінен қолдану тапты, ол стоматит, гингивит, хейлит, қызыл иектің қан кетуі кезінде, әйел бедеулігі және менопаузадағы проблемаларды емдеуде қолданылады. Шалфейді жүктілік кезінде қолдануға болмайды. [1].

Дәрілік шалфей жапырақтарының антиоксиданттық белсенділігі дәлелденген [4]. Шалфей құрамына кіретін эфир майлары бактерицидтік әсерге ие. Илеу заттары, алкалоидтар, шалфей флавоноидты қосылыстары есебінен ащы дәмі бар және тұтқыр, бактерицидті, қабынуға қарсы қасиеттерге ие [7]. Шалфейдің қабынуға қарсы әсері тамырлар мен капиллярлар қабырғаларының өткізгіштігінің төмендеуімен, сондай-ақ өсімдікте қан тоқтататын және тұтқыр қасиеттерінің болуымен, жоғарғы тыныс алу жолдарының катарактары мен стоматит кезінде тамақты шаю үшін тұнба түрінде қолданылады. Органикалық қышқылдар (олеанол, урсол, хлороген және т.б.) дәрілік шалфей сілекей бөлінуін ынталандырады. Шайыр қышқылдарына жататын тритерпен және

дигтерпен қышқылдары жасушалардың регенерациясын ынталандырады. Карнозол қышқылы есебінен шалфейдің қабынуға қарсы және антиоксиданттық қасиеттері көрінеді. Сондай-ақ, карнозол қышқылы ісік жасушаларының өсуін және алтын стафилококктың көбеюін тежейді [3]. Витаминдер зат алмасуға қатысады, тамырлардың өткізгіштігін азайтады. Аскорбин қышқылы күшті антиоксидант болып табылады, тотығу - қалпына келтіру процестерін қалыпқа келтіреді. Фитонцидтер (органикалық қосылыстар) бактериостатикалық және бактерицидтік әсерлерге ие, сондықтан шалфей ауыз қуысының шырышты қабығына жұмсақ әсер етеді және дәмі жағымды болып келеді. Аталған шалфей қасиеттерінен басқа дәрі-дәрмекке дезинфекциялау, ауырсыну, қақырық түсіретін, жел айдайтын, экстрогенді, шірікке қарсы әсері бар. Дәмді-хош иісті және эфир майлық өсімдіктерді зерттеу, *Salvia L* тектес түрлерінің химиялық құрамының ерекшеліктерін зерттеу бойынша алынған деректер онда бағалы биологиялық белсенді заттардың, макро - және микроэлементтердің болуын және жаңа дәрілік препараттарды жасау кезінде шикізат базасы ретінде пайдаланылуы мүмкін екендігін куәландырады [6].

Халық медицинасында шалфей тектес өсімдіктер антибактериалды, жара басатын, қабынуға қарсы дәрілер ретінде қолданылды. Медициналық практикада шалфей тұқымының екі түрі ғана қолданылады: дәрілік шалфей (*Sālvia officinālis*), мускат шалфейі (*Sālvia sclarea*). Мускат шалфейінің жаңа шоғыры эфир майын алуға қолданылады, концентрат "салмус" препаратын алу үшін қолданылады [2].

Қорытынды. Сонымен, ғылымда жетекші орын алатын әлемдік ғалымдар биологиялық белсенді қосылыстардың көзі ретінде осы *Salvia officinalis L.* дәрілік шикізатына қызығушылық танытуда. Бұдан басқа, *Salvia officinalis L* фитопрепараттарының әлеуетін атап өту керек, өйткені бұл дәрілік шикізат көптеген емдік қасиеттерге ие. Әдеби шолудың нәтижесінен байқап отырғанымыздай *Salvia officinalis L.* бұрынғы заманнан қазіргі уақытқа дейін зерттелуде және қолданысқа ие. Сондықтан елімізде қалыптасқан импортқа тәуелділікті төмендету мақсатында отандық шикізат негізінде дәрілік зат алу еліміздің экономикалық тәуелсіздігінің қалыптасуындағы маңызды кезеңдердің бірі болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер;

1. Войткевич, С.А. Эфирные масла для парфюмерии и аромотерапии / С.А. Войткевич. - М.: Пищевая промышленность, 1999. – 242 с.
2. Государственная фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье // МЗ СССР. -11-е изд., доп. - М.: Медицина, 1989. - 400 с.
3. Доля, В.С. Особенности химического состава видов рода *Salvia L.* / В.С. Доля, С.Д. Тржещинский, В.И. Мозуль, Н.И. Третьяк // Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. – 2013. - №3(13). – С.83-85.
4. Дудченко, Л.Г. Пряно-ароматические и пряно-вкусовые растения: справочник / Л.Г. Дудченко, А.С. Козьяков, В.В. Кривенко; отв. ред. К.М. Сытник. – Киев: Наукова думка, 1989. – 304 с.
5. Константинов Ю. Шалфей от 100 болезней / Ю. Константинов. – М.: ЗАО Издательство Центрполиграф, 2012. – 160 с.
6. Лекарственные растения и продукты пчеловодства, применяемые в стоматологии / Н. В. Курякина, О. А. Алексеева, Т. А. Третьякова, В. Г. Макарова. - М.: Мед. кн.; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2000. - 280с.
7. Носов, А.М. Лекарственные растения / А.М. Носов. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 350 с.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЖИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Дубина Д.Р. студентка 4 курса специальности «Биология»

PhD микробиология Ахметова С. Б.

НАО «Медицинский университет Караганды»

Большую роль в переносе внутрибольничных инфекций играет кожа рук медицинского персонала. Несоблюдение элементарных норм предосторожности (личная гигиена, применение антисептиков) может привести к серьезным последствиям.

Ключевые слова: опудренные перчатки, неопудренные перчатки, перчаточная пудра.

Цель: Определить влияние опудренных и неопудренных перчаток на микрофлору рук.

Объект исследования: сотрудники лаборатории коллективного пользования, учебной лаборатории кафедры микробиологии и студенты Медицинского университета Караганды.

Методы: классически бактериологический метод

Кожа рук медицинского персонала зачастую контаминирована различными патогенными и условно патогенными микроорганизмами.

Доказано, что причиной возникновения инфекций в стационарах в 50-80% случаев есть руки медицинского персонала, то есть руки-это один из ключевых факторов в передаче патогенных микроорганизмов как от медицинского персонала к пациентам, так и наоборот. Так называемые нозокомиальная или больничные, госпитальные инфекции являются причиной не только страданий и смерти больных. Они также наносят значительный экономический ущерб - расходы на дополнительную госпитализацию и дорогостоящее лечение антибиотиками. Все изложенное еще раз подчеркивает чрезвычайную важность строгого соблюдения принципов гигиены рук.

Перчаточная пудра, применяемая в большом количестве, может служить фактором переноса микроорганизмов, при этом увеличивается риск заражения как персонала, так и получения недостоверных результатов. Некоторых специалисты считают, что даже стерильный тальк таит огромную опасность. Способность талька сорбировать различные химические вещества, силиконы, химикаты может негативно отразиться на результате проведения бактериологического исследования. Для этого использовались 4 культуры тест-штаммов микроорганизмов (*E.coli*; *B.Subtilis*; *St.aureus*; грибы рода *Candida*). Суточная культура засеивалась газоном на соответствующую питательную среду, далее накладывали диск с напылением перчаточной пудры.

Выводы: В работе изучен вопрос об изменении микрофлоры кожи рук сотрудников лаборатории после ношения опудренных и не опудренных перчаток. По результату исследования выявили, что количество колоний на чашке Петри уменьшается при увеличении времени экспозиции. Проверены свойства пудры способствовать

росту микроорганизмов при ношении перчаток, установлено, пудра, используемая для опудривания перчаток, не способствует росту микроорганизмов.

Литература:

- 1.[Афигенов и соавт. Гигиена рук медицинского персонала]
2. [Любимова А.В., Зueva Л.П., Голубкова А.А., Техова И.Г. Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные клинические рекомендации. - М., 2014. – 31 с]
3. [Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении.]
4. [СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГИГИЕНЫ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА. [«Санэпидконтроль. Охрана труда» №1 2015 / Гигиена ЛПУ](#)]
- 5.[Шалекенов Б.У., Куандыков Е.А., Анафин Т.Г., Шалакенов С.Б., Тесленко Г.И., Бименов С.С., Айтуганов А.Т. НЕОПУДРЕННЫЕ ПЕРЧАТКИ- НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В АСЕПТИКЕ РАН И БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРСОНАЛА И ПАЦЕНТОВ]

СПОСОБНОСТЬ ШТАММОВ *BACILLUS SUBTILIS* ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ СТОЧНЫХ ВОД УТИЛИЗИРОВАТЬ НЕФТЕПРОДУКТЫ.

Резина Д.К., к.м.н. Ахметова С.Б., к.б.н. Естемесова К.А.
НАО МУК.

Аннотация.

Практический интерес представляет технология биологической очистки, в которой микробиологическая биodeградация играет существенную роль в процессах деградации токсических веществ загрязняющих окружающую среду. В работе будет изучена способность *Bacillus subtilis* трансформировать нефтепродукты.

Ключевые слова: биodeградация, нефтепродукты, микробиологическая деструкция, очистка.

Естественным способом разложения токсических веществ является биodeградация.

За миллиарды лет существования биосферы микроорганизмы «съедали» отходы ее жизнедеятельности, осуществляя минерализацию органики. [1-6]

Преимущества микробиологической деструкции: более полная степень очистки, экологическая безопасность, относительная дешевизна, возможность постоянной обработки «хронических» загрязнений и использование в труднодоступных зонах. [7-10]

Цель работы: изучение способности штаммов *B. subtilis* сохранять жизнеспособность и утилизировать нефтепродукты *in vitro*.

Объект исследования: 60 штаммов *B. subtilis* выделенные из сточных вод станций «АЗС» г. Караганды и коллекционные штаммы *B. subtilis* из музея кафедры микробиологии НАО МУК.

Материалы и методы: Учет микрофлоры в сточных водах - метод прямого высева на питательный агар (ПА) для микроорганизмов по методике Гоулди. Проверка на чистоту колонии путем посева на модифицированную минеральную и агаризованную среду Симмонса (СМ), содержащую соответствующий источник углерода, с последующим микроскопированием. Чашки инкубировали в термостате при 28-37° С в течение 2-3 суток. В контроль - среда СМ без углеводов. Пробы сточных вод отбирали осенью 2018 г. Идентификация выделенных культур - изучение морфологии, их культуральных и биохимических признаков бактерий, по определителю Берджи.

Определение способности штаммов *B. subtilis* биотрансформировать нефтепродукты на примере образцов: нафталин, бензин, мазут - эксперименты по их ферментации в полноценной культуральной среде. Глубинное культивирование *B. subtilis* провели с добавлением сырой нефти в среде LB (Луриа-Бертани) на качалке (220 об/мин, 25°С, объем качалочной колбы 500 мл, объем среды 100 мл). Контроль - штамм без добавления субстрата.

Результаты: 1. Количественная оценка (КОЕ/мл)- наблюдается высокая селективность численности микроорганизмов по трем объектам, что связано с составом органических соединений загрязняющих сточные воды станций АЗС. 2. Выделен штамм *B. subtilis* Д-5, данная культура способна расти и размножаться в присутствии нефтепродуктов. При концентрации нафталина, бензина и мазута - 0,5г/л. – наблюдался рост численности уже на 2-е

сутки эксперимента, при увеличении концентрации веществ до 2г/л. – рост культуры *B. subtilis* Д-5 замедлился, но на 11, 21 сутки наблюдался количественный прирост численности культуры.

Заключение: Штамм *B. subtilis* Д-5 выделенный из сточных вод станции «АЗС №2» обладает способностью сохранять жизнеспособность и расти в присутствии нефтепродуктов.

Литература:

1. А.Ж. Аюпова, Г.Ж. Шарипова, А.С. Сарсенова, Н.Б. Молдагулова, К.А. Кулжанова. Создание консорциума микроорганизмов на основе активных штаммов-нефтедеструкторов для биоремедиации нефтезагрязненных почв // Вестник науки КАУ им. С.Сейфуллина. – 2013. - №4 (79). – С.62-68
2. А. З. Миндубаев, Д. Г. Яхваров. Биодegradации ксенобиотиков // Бутлеровские сообщения Т.33.-2013.-№3.-С.1-37
3. А.Ф. Надеин. Удаление нефтепродуктов из сточных вод и отходов с использованием биопрепаратов на основе нефтеокисляющих микроорганизмов // Вода: химия и экология -[№ 6, -2010.](#)- С. 25-29
4. М. А. Иванова, Н. С. Чикина, Л. А. Зенитова. Ликвидация нефтяных загрязнений// Бутлеровские сообщения Т.29.-2012. -№3.- С.1-12
5. Н.В. Морозов, О.В. Жукова, А.В. Иванов. Биотехнология ликвидации нефтезагрязнений аборигенными штаммами углеводородокисляющих микроорганизмов, иммобилизованными на сорбентах разной природы // Материалы Московского международного конгресса «Биотехнология: состояние и перспективы развития». -2011.-Ч2.- С.302- 304.
6. А.А. Olajire, J.P. Essien. Aerobic Degradation of Petroleum Components by Microbial Consortia // Journal of Petroleum & Environmental Biotechnology 2014- V.5 (5). -P. 1-22.
7. I. N. Sierra-Garcia, V. Maia de Oliveira. Microbial Hydrocarbon Degradation: Efforts to Understand Biodegradation in Petroleum Reservoirs // Sierra-Garcia and de Oliveira; licensee InTech 2013. -P. 47-74
8. K.V. Darsa, A. J. Thatheyus, D. Ramya. Biodegradation of Petroleum Compound Using the Bacterium Bacillus subtilis // Science International 2014- V. 2 (1)

- 8.M. M. Stancu. Bacterial Degradation of Petroleum and Petroleum Products // [Journal of Molecular Microbiology](#) 2018- V.2 (1:2). -P. 1-3
- 9.S. H. Mirdamadian, G. Emtiazi, H. M. Golabi, H. Ghanavati. Biodegradation of Petroleum and Aromatic Hydrocarbons by Bacteria Isolated from Petroleum-Contaminated Soil // *Journal of Petroleum & Environmental Biotechnology* 2010- V.1 (1). -P. 1-5

ШАЛФЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ (SALVIA OFFICINALIS L.) (ОБЗОР)

Омарова Р.А. д.х.н., профессор,
Бошкаева А.К. д.фарм.н., доцент,
Сатмбекова Д.К. магистр химии, преподаватель,
Слямжанова Н.Т. студент 4-го курса.
АО «Национальный Медицинский Университет»

В данной статье рассматривается изученность растений вида шалфея лекарственного (*Salvia officinalis* L.), как лекарственное растительное сырье, содержащее биологически активные вещества, которые обладают широким спектром фармакологической активности. Результаты доказывают возможность использования листьев шалфея лекарственного для создания новых лекарственных средств.

Ключевые слова: шалфей лекарственный (*Salvia officinalis* L.), экстракт, лекарственное средство, биологически активные вещества, лекарственное растительное сырье.

Введение: Лекарственные препараты растительного происхождения имеют важное значение в терапии многих заболеваний. Поэтому изучение и характеристика биологически активных веществ лекарственного растительного сырья и получаемых на их основе экстрактов и фитопрепаратов является актуальным.

Одним из перспективным лекарственным растительным сырьем является шалфей лекарственный (*Salvia officinalis* L.), принадлежащий к семейству яснотковых (*Lamiaceae*).

Шалфей лекарственный – это полукустарник, многолетнее травянистое лекарственное растение высотой 20-70 см, с прямостоячим ветвистым беловатым пушистым стеблем, у основания стебля находятся супротивные черешковые, деревянистые, овальнойцевидные, сероволочные, морщинистые, пушистые мелкозубчатые, суживающиеся к основанию серовато-зеленые листья. Цветки сине-фиолетовые, реже светло-розовые или белые, двугубые, размещены кольцами в верхних колосовидных соцветиях. Цветет растение в мае-июне. Плоды - четыре яйцевидно-трехгранных орешка, созревают в июле-августе [12].

Шалфей лекарственный распространяется на юго-восточной Европе (Италия, Албания, Греция, республики бывшей Югославии) и культивируется во многих странах мира [14].

Целью данной работы является рассмотрение изученности растений вида шалфея лекарственного (*Salvia officinalis* L.), как лекарственное растительное сырье, ценные биологически активные вещества.

Материалы и методы:

Материал – шалфей лекарственный (*Salvia officinalis* L.).

Метод – литературный обзор и анализ данных.

Результаты и обсуждение:

Листья шалфея лекарственного содержат до 2,5% эфирного масла, основными компонентами которого являются α - и β -туйон (до 50%), 1,8-цинеол (до 15%), а также борнеол, D-камфора и др. Другой группой БАВ листьев шалфея лекарственного являются дитерпены, представленные преимущественно карнозолом и карнозоловой кислотой, обеспечивающие антимикробные свойства препаратов шалфея [8, 9]. Местное противовоспалительное действие препаратов листьев связывают с наличием дубильных веществ [6, 7]. Листья шалфея лекарственного применяют как противовоспалительное, бактерицидное и вяжущее средство при лечении воспалительных заболеваниях ВДП и полости рта [2, 3, 7, 10]. Из него были получены следующие лекарственные средства: лист шалфея, таблетки, настойка, сборы (грудные, смягчительные), препарат "Сальвин" и др., в виде различных лекарственных форм: таблетки, пастилки, чай, растворы, ингаляции [13].

По результатам литературного обзора установлено, что были получены CO₂ экстракты в условиях докритики и сверхкритики, водно-этанольный экстракт с 50%-ным раствором этанола, а также экстракт с 40% этиловым спиртом [1, 4, 5, 11].

Выводы и заключения:

Таким образом результаты литературного обзора позволяют сделать вывод, что шалфей лекарственный широко применяется как в народной, так и в официальной медицине в качестве противовоспалительного, бактерицидного и вяжущего средства. Перечисленные фармакологические активности обусловлены наличием эфирных масел, дитерпенов, дубильных веществ и др.

Список литературы

1. Анализ экстрактов шалфея, полученных сверхкритической углекислотной экстракцией / А.М. Алиев , И.Н. Зилфикаров, Г.В. Степанов, З.А. Гусейнова // Химия растительного сырья. – 2009. - №1. – С.97-101.
2. Бубенчикова В.Н., Кондратова Ю.А., Четверикова Н.В. Исследование отхаркивающей активности фитопрепаратов дикорастущих и культивируемых видов рода *Salvia L.* // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. №3 (152). С. 13 – 15.
3. Бубенчикова В.Н., Кондратова Ю.А.. Изучение противовоспалительной активности культивируемого вида шалфея клейкого. В сборнике: Молодые ученые и фармация XXI века сборник научных трудов третьей научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 454 – 457.
4. Гребенникова, О.А. Биологически активные вещества (*Salvia officinalis L.*) / О.А. Гребенникова, А.Е. Палий, В.Д. Работягов // Биохимия растений. – 2014. -№111. – С. 39-46.
5. Зилфикаров, И.Н. Новые подходы в разработке и стандартизации фитопрепаратов из эфирномасличного сырья: автореферат дис. ...д-ра фарм. наук. – Пятигорск., 2008. – 271 с.

6. Крахмалев И.С., Губанова Л.Б., Хаджиева З.Д. Разработка методик качественного и количественного анализа спрея на основе густых экстракт ов эвкалипта прутовидного и солодки голой // Фундаментальные исследования. 2012. №5-2. С. 431 – 435.
7. Куркин В. А.. Основы фармакотерапии: учебное пособие. Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава». 2009. С. 963.
8. Темирбулатова А.М., Лежнева Л.П., Хаджиева З.Д., Погорелый В. Е., Глижова Т.Н., Никитина Н. В. Фармакологические исследования экстракта родиолы розовой // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Т. 17. №5. С. 219 – 223.
9. Хаджиева З.Д., Лежнева Л.П., Бирюкова Д. В., Мазурина М.В.. Обоснование выбора вспомогательных веществ гелей с фитокомплексами крапивы двудомной и шалфея лекарственного // Современные проблемы науки и образования. 2014. №6. С. 1786.
10. Шайдуллина Г.Г., Кудашкина Н.В., Пупыкина К.А.. Сравнительная характеристика шалфея лекарственного (*Salvia officinalis* L.), выращенного в эколого-климатических условиях Краснодарского края и Республики Башкортостан. В сборнике: Молодые ученые и фармация XXI века сборник научных трудов третьей научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 401 – 404.
11. Щеглова, Т.А. Изучение биологически активных веществ липофильной фракции (углеводородного экстракта) листьев шалфея и ее фармакологической активности: автореферат дис. ...к-та фарм. наук. – М., 2014. – 188с.
12. <http://lektrava.ru/encyclopedia/shalfey-lekarstvennyy/>
13. <https://megapredmet.ru/1-62261.html>
14. <http://tisyachelistnik.ru/lekarstvennye-rasteniya/shalfej-lekarstvennyj.html>

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЖУЗГУНА БЕЗЛИСТНОГО (*CALLIGONUM APHYLLUM*)

Тілеуберді Назым Нурғисақызы
АО НМУ, Школа Фармации, 4 курс

Әбділлә Тұрғанай Естанқызы
КазНУ, Факультет химии и химической технологии, 4 курс

Тургумбаева Акнур Аманбековна
PhD доктор, старший преподаватель
АО НМУ, Школа Фармации

Сейтимова Гульназ Абсаттаровна
PhD доктор, старший преподаватель
КазНУ им. аль-Фараби

Ескалиева Балакыз Кымызғалиевна
к.х.н., доцент
КазНУ им. аль-Фараби

Аннотация. Данное исследование включает в себя изучения свойств лекарственного растительного сырья Джузгуна безлистного (*Calligonum aphyllum*), способы заготовки сырья и стандартизацию (определения технологических параметров).

Ключевые слова: Джузгун безлистный (*Calligonum aphyllum*), заготовка сырья, технологические параметры, флаваноиды, показатели качества, стандартизация.

Введение. Джузгун безлистный (*Calligonum aphyllum*) – род многолетних ветвистых кустарников семейства Гречишные. Растет в полупустыне и пустыне в различных местообитаниях: на песчаных и глинистых почвах, солонцах, некоторых типах солончаков. В химическом составе растений из рода Джузгун обнаружены флаваноиды, дубильные вещества, лимонная и фенолкарбоновая кислоты, алкалоиды, лейкоантоцианидины. В народной медицине применяется в качестве противоинфекционного, инвазивного средства, помогает бороться с заболеваниями иммунной и нервной

системы: ревматизм и паралич; эффективен при заболеваниях почек и мочевыводящих путей, проявляет ранозаживляющее действие. В этой связи данное растение представляет интерес для научного исследования как источник биологически активных веществ с целью практического использования в научной медицине [1].

В Казахстане распространен, в Прикаспийском, Жылыойском, Тургайском, Зайсанском, Приаральском регионах, Кызылкуме, Бетпакдале, Муюнкуме, Балхаш-Алаколе, Кызылорде [2].

Данное растение малоизучено, поэтому требует разработки методик стандартизации. Джузгун безлистный (*Calligonum aphyllum*) широко распространен на территории Казахстана и уникален своим химическим составом, что позволит получить фитопрепарат отечественного производства.

Цель. Целью нашего исследования является стандартизация лекарственного растительного сырья Джузгуна безлистного (*Calligonum aphyllum*).

Материалы и методы исследования.

В ходе исследования определили технологические параметры лекарственного растительного сырья Джузгуна безлистного: удельную, объемную массу, насыпную массу, пористость, порозность, свободный объем слоя сырья, коэффициент поглощения сырья, экстрактивные вещества.

Стандартизацию сырья проводили в соответствии с требованиями ГФ РК I, т.1.

Результаты и их обсуждение

Объектом наших исследований является Джузгун безлистный (*Calligonum aphyllum*), собранный в Кызылординской области (г. Аральск), в фазе цветения, 10-го августа 2018 года. Сушка сырья осуществлялась при температуре 25-30°C в темном месте. Измельчение субстанции проводилось с помощью мельницы до 2-4 мм. Сырье просеяли через сито, упаковали в мешки из крафт-бумаги, наклеили этикетку с указанием наименования сырья, место заготовки времени сбора и массы.

Результаты определения технологических параметров лекарственного растительного сырья Джузгуна безлистного (*Calligonum aphyllum*). В таблице 1 приведены основные результаты

по технологическим параметрам, которые соответствуют требованиям ГФ РК I, т.1. Сырье экстрагировали в разных соотношениях (варьировали технологические параметры как: соотношение сырья и экстрагента, температуры и время экстрагирования) 30,50,70% этанола для извлечения биологических активных компонентов из лекарственного растительного сырья Джужгуна безлистного. Как видно по результатам, более оптимальное соотношение спирта является этанол концентрации 70% (24,34).

Таблица 1 – Определение технологических параметров
Calligonum aphyllum

№ п/п	Технологический параметр	Значение
1	Удельная масса, г/см ³	1,52
2	Объемная масса, г/см ³	0,80
3	Насыпная масса, г/см ³	0,22
4	Пористость	0,47
5	Порозность	0,72
6	Свободный объем слоя	0,85
7	Коэффициент поглощения экстрагента: - вода - 30% этанол - 50% этанол - 70% этанол - 96% этанол	5,0 4,2 3,8 3,2 2,6
8	Экстрактивность веществ: - 30% этанол - 50% этанол - 70% этанол	19,16 16,86 24,34

Определяли количество микро и макроэлементов методом атомно-абсорбционной спектрометрии. По результатам, указанных в таблице 2, в большем количестве выявили содержание кальция, калия, натрия и магния.

Таблица 2 – Определение микро и макроэлементов в сырье.

№	Показатели качества	Значения
1	Тяжелые металлы мкг/мл: - Цинк - Медь - Свинец - Кадмий - Железо - Никель - Марганец Микроэлементы: - Калий - Натрий - Кальций - Магний	 0,6727 6,7676 0,1377 0,0230 19,8002 5,0705 6,2218 192,5350 51,6950 1170,4250 51,350

По литературным данным Джужун безлистный ранее не был стандартизован. В связи с этим разработали в таблице 3 спецификацию качества в соответствии с ГФ РК I, т. 1.

Таблица 3 – Спецификация качества сырья Джужуна безлистного (*Calligonum aphyllum*)

Показатели качества	Нормы отклонений	Методы испытаний
1	2	3
Определение	Высушенные цельные или измельченные надземные части растения. С ароматным запахом и слегка кисловатым вкусом.	По внешнему виду соответствует требованиям ГФ РК I, т.1

<p>Идентификация: -Макроскопия</p> <p>- Микроскопия</p>	<p>Измельченные стебли, листья и цветки проходят сквозь сито с диаметром 8 мм.</p> <p>Молодые верхушечные и пазушные междоузлия, зеленые по окраске, устьица на эпидерме ориентированы без особого порядка, высота эпидермальных клеток колеблется от 14 до 20 мкм.</p>	<p>ГФ РК I, т.1, 2.9.12.</p> <p>ГФ РК I, т.1, 2.8.3.</p>
<p>- флавоноиды</p>	<p>10 мл раствора А помещают в выпарительную чашку и упаривают на кипящей водяной бане досуха. Остаток растворяют в 4 мл 70 % спирта Р, прибавляют 0.05 г магния Р, 0.5 мл кислоты хлороводородной концентрированной Р, перемешивают и нагревают на водяной бане в течение 30 с при температуре 45 – 50 °С, охлаждают и переносят в пробирку вместимостью 5 мл; раствор постепенно окрашивается в коричневато-красный цвет.</p>	<p>В соответствии с ВАНД</p>

Посторонние примеси	<p>Почерневших и побуревших частей сырья, не более 10%,</p> <ul style="list-style-type: none"> - кусков стеблей толщиной 2 мм не более 1%, - органической примеси не более 1 % - минеральной примеси не более 1 %. - Частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 0,2 мм, не более 1 %, - частиц стеблей, не проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 7 мм не более 19 % 	ГФ РК I, т.1, 2.8.2.
Потеря в массе при высушивании	Не более 13,0 %	ГФ РК I, т.1, 2.2.32.
Общая зола	Не более 7,0 %	ГФ РК I, т.1, 2.4.16.
Зола, нерастворимая в 10% кислоте хлороводородной	Не более 1,0 %	ГФ РК I, т.1, 2.8.1.
Микробиологическая чистота	<ul style="list-style-type: none"> - общее число жизнеспособных аэробных микроорганизмов: не более 10^7 бактерий и не более 10^5 грибов в грамме; - не более 10^2 <i>Escherichia coli</i> в 1 г. 	ГФ РК I, т.1, 2.6.12. и 2.6.13.

Количественное определение: - флавоноиды	Не менее 1,193%	В соответствии с АНД
Тяжелые металлы	Атомно-абсорбционная спектрометрия	ГФ РК I, т.1, 2.4.8.
Упаковка	Сырье по 10 и 15 кг упаковывают в мешки из крафт-бумаги	ГОСТ 2228-81
Маркировка	этикетка с указанием наименования сырья, место заготовки времени сбора и массы.	ГОСТ 14192-96
Транспортировка	В соответствии с ГОСТ 17768-90	ГОСТ 17768-90
Хранение	В сухом месте, при температуре не выше 18°C	В соответствии с АНД
Срок хранения	2 года	В соответствии с АНД

Выводы

Данное исследование заключается в определении основных фармако-технологических параметров лекарственного растительного сырья Джужгуна безлистного (*Calligonum aphyllum*), которые позволят обосновать оптимальные условия экстрагирования, для выделения биологически активных веществ. Вычислили содержание экстрактивных веществ в пересчете на абсолютно сухое сырье, в котором спирт концентрации 70% является наиболее эффективным. Определили содержание флавоноидов в пересчете на кверцетин (1,193%). По изучению антимикробной активности выяснили, что ЛРС не активен (устойчивый) в отношении тест-штаммов. В ходе исследования было выявлено, что ЛРС по оценке на микробиологическую чистоту и исследование на отдельные виды микроорганизмов соответствуют к критериям ГФ РК I, т.1.

Стандартизация сырья проводилась в соответствии с требованиями ГФ РК I, т.1. На основе полученных результатов по данному исследованию в дальнейшем предстоит разработка препарата из фитосубстанции Джужгуна безлистного (*Calligonum aphyllum*).

Список литератур:

1. Джужгун // Дебитор — Евкалипт. — М. : Советская энциклопедия, 1972. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978, т. 8).
2. Агеева Н.Т., Байтенов М.Б., Голоскоков В.П., Корнилова В.С., Павлов Н.В., Поляков П.П. Флора Казахстана. — Алматы. Издательство Академии Наук Казахской ССР, 1960.- Т.3. 460 с.
3. Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора (GACP) лекарственных растений // Всемирная организация здравоохранения. — Женева: — С. 55-59.
4. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.8.2. Посторонние примеси. — С. 226.
5. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.2.23 Атомно-абсорбционная спектрометрия. — С. 62.
6. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.2.32. Потеря в массе при высушивании. — С. 91.
7. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.4.16. Общая зола. — С. 129.
8. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.8.1. Зола, нерастворимая в кислоте хлороводородной. — С. 226.
9. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.6.12. и 2.6.13. Испытание микробиологической чистоты нестерильных лекарственных средств. — С. 176-181.
10. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 2.9.12. Ситовой анализ. — С. 249.
11. Государственная Фармакопея Республики Казахстан, том 1, 5.1.4. Микробиологическая чистота лекарственных средств, категория 4 А — С. 479.

ТАСШӨПТІҢ КЕЙБІР ТҮРЛЕРІНЕ БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІ БОЙЫНША СКРИНИНГ ЖАСАУ

Жақсыгелді Г.
4 курс студенті, ПМБиФ
Клиникалық иммунология, аллергология және
микробиология кафедрасы
Ғылыми жетекші доцент Ахметова С.Б.
«Қарағанды медицина университеті»
Қазақстан, Қарағанды

Аннотация: Қарағанды территориясынан алынған тасшөп өсімдігінің түрлеріне микробқа және саңырауқұлаққа қарсы белсенділігі бойынша зерттеу нәтиже үлгілері келтірілген.

Тасшөп - Lamiaceae тұқымдасының ірі және таксономикалық күрделі, [ерінгүлділерге](#) жататын көпжылдық шөптесін өсімдік. Тасшөп грек тілінен «thymiama» - хош иіс, ал латынша «thymus» - қуат, батылдық мағынасын берген. Зерттеуге алынған тасшөптер: Thymus serpyllum 1- Қарқаралы тауларынан, Thymus serpyllum 2 – Корнеевка ораманынан алынды. [1,2]

Тасшөптен жасалған дәрілердің микробтарды жоятын, антисептикалық, ауырған жерлерді басатын қасиеттері бар.

Түйінді сөздер: Ths- 1 мен Ths- 2 үлгілері, өміршенділігі, биологиялық белсенділігі.

Зерттеудің мақсаты - тимьянның кейбір түрлерінің экстрактивтік заттар жиынтығы үлгілерінің микробқа қарсы белсенділігін, шартты-патогенді микроорганизмдерге анықтау болып табылады.

Материалдар мен әдістер: Ths- 1 мен Ths- 2 түрлерін микробқа және саңырауқұлаққа қарсы белсенділігін анықтауда түрлі тест дақыл штаммдары алынды: *S. aureus* 6538; *Bacillus subtilis* 6633; *E. Coli* 0524; *Candida albicans* 0475; *C.tropicalis* 71 (клиникалық штамм). Оларға агардағы диско-диффузиялық әдіс және сұйылту әдісі қолданылды. Үлгілер 96% этил спиртімен жүргізілді. [3,4]

Бактерияларды «газон» әдісі бойынша ектік. Кейін зарарсыздандырылған пинцетпен стерильді қағаздың дискілерін ерітілген заттарға малып, тостағандарға секторлар бойынша салдық. Осыдан кейін тостағаншаларды термостатқа салдық. Көрсеткіштер бір тәуліктен кейін алынды. [5,6]

Нәтиже: өсімдік үлгілерінің әртүрлі концентрацияларының қатысуымен қатты агаризацияланған орталарда өміршендікті бағалау жоғары тежеуші белсенділікті көрсеткендігі анықталды. Ths- 1 мен Ths- 2 бактерицидтік әсері *S. Aureus* (25 ± 1 мм) пен *E. Coli* (20 ± 1) жоғары, ал саңырауқұлаққа қарсы белсенділікте Ths- 2 әсері *C.albicans* 0475 (20 ± 1) жоғары болды.

Қорытынды: жоғары концентрациясы бар үлгілер тежеуші қасиетке ие екенін байқаймыз. Бұл фармацевтикалық өнеркәсіптің жаңа өнімдерін алуға , препарат жасауда пайдалы.

Пайдалынылған әдебиеттер:

- 1.Қазақстан Республикасының Фармокопиясы, 2008 ж. 733- 736 б.
2. Арымбекова А.К «Экспериментальное изучение фармакологических свойств эфирного масла тимьяна Маршалла»/ Вестник Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии. - 2014. - №4. - С. 84-85
- 3.Научные ведомости Серия медицина. Фармация. 2012. Номер 4 (123). Выпуск 17/1. 275 стр
4. С. С. Сарсенбаева // Медицина. - 2018. - №9. - С. 47-53
- 5.П. З. Оразбаева // Медицина и экология. - 2018. - №2. - С. 77-79
- 6.Международный журнал экспериментального образования № 5 прил., №1 2015. - 111стр

ҚОЛҚАНЫҢ ҚАЛЫПТЫ ЖӘНЕ АНЕВРИЗМА КЕЗІНДЕГІ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

Бекберген А.С., 3-002, Медицина мектебі

Жоба жетекшісі: ҚМУ морфология және физиология кафедрасының
профессор ассистенті Берикбаева Б.Х.

ҚМУ, Қарағанды қаласы

Аннотация: Қазіргі кезде жүрек-қантамыр ақаулары бүкіл әлем бойынша кеңінен таралғаны белгілі, соның ішінде қолқа аневризмасы ерекше орын алады. Қолқа қабырғасы интима, медиа және адвентициядан тұрады. Морфо-функционалдық ерекшеліктерге байланысты интима мен медианың қалыңдығы диффузияны толық қамти алмайтындықтан деструктивті өзгеріске және аневризмалық трансформацияға жиі ұшырайды. Жүргізілген 10 түрлі осып ашу зерттеулеріндегі 9 аневризманың себебі атеросклероз екені анықталды.

Түйін сөздер: Қолқа, аневризма, гистология, медиа, осып ашу

Кіріспе: Қазіргі таңда өзекті тақырып пен ең жиі кездесетін аурудың бірі жүрек-қантамыр жүйесіне тиесілі, соның ішінде тамыр бұзылыстары ерекше орынды алады. 2018 деректерге сүйенсек Қазақстанда өлім себебінің ең жоғарғы көрсеткішін жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары алады екен.

Мақсаты: Қолқаның морфологиялық қалыпты құрылысын бұзылыс кезіндегі құрылысымен салыстыру.

Материалдары мен әдістері: Зерттеу аневризмадан қайтыс болған 10 науқасқа жасалынған осып ашу арқылы жүзеге асты. Жұмыс барысында гистологиялық және морфометриялық әдістер қолданылды. Қолқаның қалыпты және бұзылыс кезіндегі гистологиялық құрылысы гематоксин және эозинмен боялған препараттарда зерттелінген.

Нәтижелері мен талқылау: Қолқа ірі калибрлі артерияға жатады. Мұнда қан жоғарғы қысыммен және жылдамдықпен ағып өтеді.

Эластикалық элементтердің көп болуы тамырға жүрек систоласында созылуға және диастоласында қайтадан қалыпқа келуге мүмкіндік

жасайды. Қолқа гистологиялық құрылысы бойынша үш қабаттан тұрады: ішкі, ортаңғы және сыртқы.

Қолқаның ішкі қабатының эндотелийі базальді мембранада орналасқан бір немесе көп ядролы, әр түрлі пішінді және көлемді жасушалардан тұрады. Цитоплазмасында митохондрия, микрофиломенттер және түйіршікті эндоплазмалық торды көруге болады. Эндотелий асты қабаты тіректік қасиет беретін жұлдыз пішінді жасушалардан тұратын борпылдақ дәнекер тінінен және бойлай бағытталған жазық миоциттерден тұрады. Эндотелий асты қабатынан кейін эластикалық талшықтардың өрімі орналасады. Ортаңғы қабат эластикалық каркас пен жазық бұлшықет жасушаларынан тұрады. Бұл қабатта кездесетін элементтер гликозаминдерге бай аморфты затта орналасу арқылы серпімділік қасиет береді. Сыртқы қабатты бойлай орналасқан эластикалық және коллаген талшықтарынан тұратын борпылдақ дәнекер тіні құрайды. Бұл қабат қолқаны созылу мен жыртылып кетуден сақтайды.

Аневризма кезінде қолқаның ортаңғы қабаты бұзылысқа ұшырайды. Бұл жерде мембрана аралық кеңістіктің кеңейуін, базофильдерге толған майда қуыстарды, эластикалық талшықтардың жұқаруын, атрофия, склероз, эластикалық каркастың дәнекер тінімен алмастырылғанын және липосклеротикалық түйіншектерді кездестіреміз.

Қорытынды: Қолқа бұзылысы кезінде өзгерістерді анықтау үшін оның қалыпты гистологиялық құрылысын білу қажет.

Гистологиялық зерттеу аневризма кезінде қолқаның ортаңғы қабаты өзгеріске ұшырайтының көрсетті және 10 жағдайдың 9-ның себебі атеросклероз екені анықталды.

Әдебиеттер тізімі:

- 1.Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А. Гистология, эмбриология, цитология, жоғарғы оқу орнына арналған оқулық, 2012 жыл.
- 2.Досмағамбетова Р.С. Жүрек-қан тамырлар жүйесі. Интеграцияланған оқулық, 2014 жыл.
- 3.Пилипчук Н. В., Давыдова Л. А. “Осложнения аневризмы аорты при атеросклерозе и синдроме Марфана”, Молодой ученый, 2017 жыл.

4.Ю. В. Белов, Д. Н. Федоров, Б. К. Тааев, А. С. Даабуль
“Особенности гистологического строения стенки восходящей аорты при аневризме”, 2013 жыл.

5.Кузнецов С.Л., Мушкамбаров Н.Н. Гистология, цитология және эмбриология, 2012 жыл.

ҚАНАЗДЫҚ ЖАҒДАЙЫНДА БАУЫРДЫҢ ДАМУЫ ТУРАЛЫ

С.О. Айдаулетова, А.Ерболатқызы, 3-015, «Жалпы медицина және
стоматология» факультеті

Ғылыми жетекші К.Т. Нурсейтова, ҚМУ морфология және
физиология кафедрасының асс. профессоры

ҚМУ, Қарағанды қаласы

Кіріспе: Жүктілік кезіндегі анасының денсаулығы ұрықтың дамуына әсер ететіні және қаназдық жүктіліктің жиі кездесетін асқынуларының бірі екені көпке мәлім. Жүктілік кезіндегі қаназдық ұрықтың дамуын тежейді, перинаталдық өлім-жітімнің артуына әкелуі мүмкін. Денсаулық сақтау саласында қаназдық маңызды мәселелердің бірі болып табылады.

Зерттеу міндеті: Бауырдың морфологиялық өзгерістерін қаназдық жағдайында зерттеу.

Мақсаттар: Қалыпты және қаназдық жағдайындағы бауырдың құрылысының морфологиялық сипаттамасы.

Материалдар мен зерттеу әдістері: Зерттеу тексіз ақ егеуқұйрықтарда жүргізілді. Зерттеу материалдары гематоксилин және эозинмен боялған бауыр кесінділері болып табылды.

Нәтижелері: Бақылау тобындағы тексіз ақ егеуқұйрықтардың бауырын гистологиялық зерттеу кезінде, бауырдың бөліктік құрылысы анық көрінеді. Бауыр арқалықтары радиальды бағытта орналасқан. Бөлікаралық тосқауылдар нашар дамыған, үштіктер айқын ажыратылады. Гепатоциттердің пішіні көп бұрышты, ядросы дөңгелек, кейбір жасушаларда полиплоидты ядролар анықталды.

Васкулярлық және билиарлық беттерінде микробүрлер орналасқан. Органеллалары жақсы дамыған. Тәжірибелік топтағы жануарлардың бауырын гистологиялық зерттеу барысында, жүктілік кезіндегі қаназдық ұрықтардың гипотрофиясына, бауырдың абсолюттік салмағының төмендеуіне әкелетіні байқалды. Бауырдың бөліктік құрылысы толық қалыптаспаған, бауыр арқалықтары нашар дамыған, кей жерлерде олардың дисконкомплексациясы анықталды. Бауыр жасушаларының көлемі салыстырмалы түрде кішірек болып келді.

Бауыр ацинусының аймақтарында цитоплазмасы ашық түсті, ядросы пикнозға ұшыраған жекелеген гепатоциттерде кездесті. Сонымен қатар, ядросы ірі, гипохромды, цитоплазмасында диаметрі әр түрлі вакуольдермен толтырылған гидропиялық дистрофия жағдайындағы гепатоциттерде анықталды. Бөлікаралық дәнекер тін нашар дамыған.

Қорытынды: Сонымен, жүктілік кезіндегі қаназдық жағдайында дамыған ұрықтардың бауырлары толық жетілмеумен сипатталды. Гепатоциттерде қаназдық кезінде дамыған деструктивті-дистрофиялық үрдістер, олардың дифференциялануының төмендеуінің белгісі.

Әдебиеттер:

1. Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А. «Гистология, эмбриология, цитология», ЖОО арналған оқулық, 2014 ж.
2. Нурсейтова К.Т., Есимова Р.Ж. «Гистология-2», 2012 ж.
3. Аяпова Ж.О. «Гистология-2», 2011 ж.
4. Досмагамбетова Р.С. Ас қорыту жүйесі. Интеграцияланған оқулық, 2014ж.
5. Протопопова Т.А. «ЖДА и беременность», 2012 ж.

THE STUDY OF THE ADHESIVE PROPERTIES OF LACTOBACILLI EXTRACTED FROM LOCAL MANUFACTURED DAIRY PRODUCTS OF THE KARAGANDA REGION.

Ybysh Makpal

Karaganda Medical University

Faculty of clinical immunology, allergy and microbiology

Scientific mentors: Associate Professor Akhmetova S.B.,

teacher Amirkhanova Zh.T.

Relevance. Bacteria of the genus *Lactobacillus* have always attracted and attract the attention of scientists and researchers around the world due to their great practical value. Today, in the market of Kazakhstan for the preparation of probiotics and functional foods, various compositions of probiotic cultures are used. The effectiveness of probiotic preparations and functional food products primarily depends on the properties of the bacterial strains included in their composition. One of the main components of starter cultures for such products are most often bacteria of the genus *Lactobacillus*.

Key words: probiotics, adhesive properties, buccal epithels, *Lactobacillus*, microbiology. microscope.

The aim of our study is to study the adhesive properties of lactobacilli isolated from local manufactured dairy products of the Karaganda region.

Materials and Methods: In this work, generally accepted microbiological methods were used. Eight samples from locally produced dairy products of the Karaganda region were examined. To save the selected strains of lactobacilli in a viable state was the environment "Laktobakagar". Of the 8 isolated strains, only 4, under the conditional code L-T1, L-N1, L-T-m1, L-Y1 were subjected to further research.

For adhesion, buccal epithels were used, the oral cavity was rinsed with sterile saline, the buccal epithelium was taken with a sterile wooden spatula. Cells were washed by threefold centrifugation (1000 rpm - 5 min).

Control pellets were prepared from the precipitate. A sample was considered suitable for research if, during microscopy, in each field of view there were at least 2–3 epithelial cells.

To study the adhesive activity, 800 µl of a suspension of buccal cells and 600 µl of a suspension of lactobacteria at a concentration of 10⁹ CFU / ml were introduced into a centrifuge tube. The contents of the tubes were incubated for 2 hours at 37 ° C with occasional stirring. After incubation, non-adsorbed lactobacilli were removed by washing twice with centrifugation (1000 rpm - 3 min). The precipitate was microscopically examined and the number of attached lactobacilli was counted. The result was expressed as the arithmetic mean number of bacteria adhering to one buccal cell. The intensity of adhesive activity was assessed: over 30 adhered bacterial cells - high activity, 15-30 - average activity, 10-15 weak activity.

Results: The L-Y1 strain showed the highest adhesive activity, the average L-T1, L-N1 strains, L-T-m1 strain showed low activity.

Conclusion: Our screening of the studied samples extracted from local manufactured dairy products in the Karaganda region allowed the selection of the biological active strain L-Y1.

The used literature:

- [1]. Grigoryan S, Bazukyan I, Trchounian A. “Aggregation and Adhesion Activity of Lactobacilli Isolated from Fermented Products In Vitro and In Vivo: a Potential Probiotic Strain” 2018
- [2]. Wallace Felipe Blohem Pessoa, Ana Clara Correia Melgaço, Milena Evangelista de Almeida, Louise Pereira Ramos, Rachel Passos Rezende, and Carla Cristina Romano “In Vitro Activity of Lactobacilli with Probiotic Potential Isolated from Cocoa Fermentation against *Gardnerella vaginalis*” 2017
- [3]. Suxu He, Chao Ran, Chubin Qin, Shuning Li, Hongling Zhang, Willem M. de Vos, Einar Ringø & Zhigang Zhou “Anti-Infective Effect of Adhesive Probiotic *Lactobacillus* in Fish is Correlated With Their Spatial Distribution in the Intestinal Tissue” 2017
- [4]. Se-Eun Jang , Yang-Jin Hyun , Young-Joo Oh , Kum Boo Choi , Taesok Kim , Ik Hyun Yeo , Myung Joo Han and Dong-Hyun Kim “Adhesion Activity of *Lactobacillus plantarum* PM 008 Isolated from Kimchi on the Intestine of Mice” 2011

- [5]. “Health Benefits of Probiotics: A Review” 2013 Maria Kechagia, Dimitrios Basoulis, Stavroula Konstantopoulou, Dimitra Dimitriadi, Konstantina Gyftopoulou, Nikoletta Skarmoutsou, and Eleni Maria Fakiri
- [6]. Suxu He, Chao Ran, Chubin Qin, Shuning Li, Hongling Zhang, Willem M. de Vos, Einar Ringø & Zhigang Zhou “Anti-Infective Effect of Adhesive Probiotic *Lactobacillus* in Fish is Correlated With Their Spatial Distribution in the Intestinal Tissue” 2017
- [7]. S. Grigoryan, Inga Bazukyan, Armen Trchounian “Aggregation and Adhesion Activity of Lactobacilli Isolated from Fermented Products In Vitro and In Vivo: a Potential Probiotic Strain” 2017

ANTIOXIDANT AND ANTI-INFLAMMATORY PROPERTIES OF PLANT EXTRACT FROM LIMONIUM GMELINII

E. Abzhanova¹, T. Nurkenov,² A. Turgambayeva¹, G. Zhusupova², T. Shalakhmetova², A. Tsoy¹ and Sh. Askarova^{1*}

1 National Laboratory Astana, Nazarbayev University (Astana, Kazakhstan)

Al-Farabi Kazakh National University (Almaty, Kazakhstan)

Key words: Blood-brain barrier, Endothelial cells, Astrocytes, ROS, P-selectin, *Limonium gmelinii*

Introduction: Reactive oxygen species (ROS) are generated in response to various physiologic or pathologic conditions. When excess ROS are present within the cell, this oxidative stress may have profound deleterious effects on the cell, including the direct oxidation of biomolecules (e.g., lipid, protein, and DNA), indirect alteration in cellular structures and functions, and the induction of cell death. The brain is one of the organs especially vulnerable to the effects of ROS because of its high oxygen demand and abundance of peroxidation-susceptible lipid cells. However, there are numerous data indicating that plant polyphenols are able to reduce oxidative stress and inflammatory

processes associated with brain damage [1; 2]. As it was shown in previous studies, the extract of polyphenols isolated from the roots of *Limonium gmelinii* (a plant widespread on the territory of Kazakhstan) has a number of therapeutic properties [3; 4; 5; 6].

Objective: The aim of this paper is studying antioxidant and anti-inflammatory properties of polyphenols extract from *L. gmelinii* in astrocytes and cerebral endothelial cells (CECs) *in vitro*.

Methodology: Human primary astrocytes and mouse bEnd3 line of CECs were pre-treated with polyphenol extract of *L. gmelinii* followed by incubation in tumor necrosis factor alpha (TNF- α) or H₂O₂. The level of ROS generation, nicotinamide adenine dinucleotide phosphate (NADPH) oxidase activation, P-selectin expression, and activity of extracellular signal-regulated kinases 1/2 (ERK1/2) were evaluated by quantitative immunofluorescence analysis, confocal microscopy and mitogen-activated protein kinase (MAPK) assay.

Results: It was shown that the extract of the *L. gmelinii* at a dosage of 30 μ g/ml does not have a cytotoxic effect. Moreover, it neutralizes the toxic effect of TNF- α by blocking the formation of ROS in astrocytes, interfering with the activation of NADPH oxidase in astrocytes, mobilization of P-selectin on the surface of bEnd3 cells, and inhibiting the activity of protein kinase ERK1/2.

Conclusion: It can be concluded that polyphenols extract from *L. gmelinii* has an antioxidant properties, neutralizes TNF- α -induced inflammatory processes in the brain cells and could be utilized for further *in vivo* examination.

References:

1. Simonyi, A., Wang, Q., Miller, R. L., Yusof, M., Shelat, P. B., Sun, A. Y., & Sun, G. Y. (2005). Polyphenols in Cerebral Ischemia: Novel Targets for Neuroprotection. *Molecular Neurobiology*, 31(1-3), 135-148. doi:10.1385/mn:31:1-3:135
2. Panickar, K. (2013). Dietary and Plant Polyphenols Exert Neuroprotective Effects and Improve Cognitive Function in Cerebral Ischemia. *Recent Patents on Food, Nutrition & Agriculture*, 5(2), 128-143. doi:10.2174/1876142911305020003

3. Shalakhmetova T., Zhusupova G., & Askarova S. (2010). Antioxidative and Hepatoprotective Properties of Phyto Medicine Extracted from Limonium Gmelinii. International Journal of Biology and Chemistry, 1(1), 61-66.

4. Smirnova, G. V., Vysochina, G. I., Muzyka, N. G., Samoilova, Z. Y., Kukushkina, T. A., & Oktyabr'ski, O. N. (2009). The Antioxidant Characteristics of medicinal Plant Extracts from Western Siberia. Applied Biochemistry and Microbiology, 45(6), 638-641. doi:10.1134/s0003683809060118

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ЖЕЛУДКА В НОРМЕ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Башан Самал Ерланкызы, студент «Школы медицины»

Научный руководитель: Берикбаева Б. Х.,

ассистент профессора кафедры морфологии и физиологии
НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда

Аннотация

В данной работе были представлены результаты исследования строения желудка с помощью фиброгастродуоденоскопии и биопсии при нормальной структуре и изменении ее слоев, клеточного состава, функциональных особенностей при язвенной болезни. Выявлены ключевые моменты микроскопических изменений желудка при патологии, в частности изменения толщины слизистой оболочки, высоты эпителиального слоя и плотности клеточной инфильтрации. В инфильтрате подсчитывалось процентное содержание лимфоцитов, плазмацитов, эозинофилов, нейтрофилов, макрофагов, фибробластов, количество межэпителиальных лимфоцитов, для определения воспалительных и регенеративных процессов в параульцерозной зоне слизистой оболочки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудок, слой.

Введение: Несмотря на большое количество морфологических исследований слизистой оболочки желудка при язвенной болезни,

основная часть их проводится с целью диагностики состояния, что же касается применения метода гистологической оценки, то этот вопрос освещен недостаточно.

Цель исследования: Дать морфологическую оценку строению желудка и ее изменению при язвенной болезни.

Материалы и методы исследования: Использованы биоптаты, полученные в момент фиброгастроскопии, кусочки резецированных желудков оперированных больных. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждения: В норме желудок состоит из трёх слоёв: эпителиальной, собственной и мышечной пластинок. Эпителий однослойный высокопризматический железистый энтеродермального типа, выстилает желудочные ямки, одинаков во всех отделах желудка. Все его клетки секретируют на поверхность секрет, покрывающий слизистую оболочку непрерывным слоем толщиной 0,5 мм. Слизь образует защитный барьер, предотвращая механические повреждения слизистой оболочки и её переваривание желудочным соком. Собственная пластинка образована РВНСТ с большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов. Мышечная пластинка слизистой оболочки — образована тремя слоями гладкомышечных клеток: внутренним и наружным циркулярными и средним продольным. От неё в промежутки между железами направляются тонкие пучки гладкомышечных клеток. Подслизистая основа состоит из РВНСТ с эластическими волокнами, в которой есть сосуды и подслизистое нервное сплетение. Мышечная оболочка образована тремя толстыми слоями гладкой мышечной ткани: внутренним косым, средним циркулярным и наружным продольным. Между мышечными слоями располагаются прослойки РВНСТ и элементы межмышечного нервного сплетения. Серозная оболочка образована слоем мезотелия и подлежащей соединительной тканью. Установлено, что характер микроскопических изменений язвы зависит от стадии заболевания. При обострении дно язвы состоит из четырех слоев. Первый, верхний слой представлен некротическими массами, слизью, фибрином, десквамированными эпителиальными клетками, лейкоцитами и эритроцитами. Второй слой – зона фибриноидного некроза, толщиной 1–1,5 мм.

Третий слой представлен грануляционной тканью и сосудами. Здесь отмечается выраженная плазмолимфоцитарная инфильтрация и склероз. Четвертый слой представлен соединительной тканью, которая распространяется за пределы края язвенного дефекта.

Выводы: Во всех случаях у наблюдаемых больных в зоне язвы отличительной особенностью было появление большого количества фибробластов, также разрастание соединительнотканых волокон в поверхностных и глубоких слоях. По краю язвы и в окружающей параульцерозной зоне отмечались в большом количестве лимфоциты, они определялись в виде лимфоидных скоплений между железами и в виде фолликулов в глубоких слоях слизистой оболочки.

Заключение: Морфологическая картина в норме и данной патологии имеют некие различия. Язвенная болезнь характеризуется деструктивными и некротическими изменениями в зоне язвы, воспалительными и слабо выраженными регенераторными процессами в параульцерозной зоне слизистой оболочки.

Список литературы:

1. Белоногов Н.И., Платонов С.С. Клинико-морфологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией и стенозом // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.;
2. Кузнецов С.Л., Мушкамбаров Н.Н. Гистология, цитология и эмбриология, учебник для мед.вузов, 2012г.
3. Ю. И. Афанасьев, Н. А. Юрина, Е. Ф. Котовский и др.; Под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. - 5-е изд., переаб. и доп. - М.: Медицина, 2002.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И ИХ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Жамшитова Д. К.

Медицинский университет Караганды

Научный руководитель Г.У. Жанайдарова, профессор

кафедры гистологии МУК

кафедра гистологии, г. Караганда

Введение: Каждое человеческое тело состоит примерно из 10^{14} клеток. Эти клетки в свою очередь подразделяются на соматические, половые и стволовые клетки. Стволовая клетка – это примитивная, незрелая, (недифференцированная) клетка, присутствующая в многоклеточном организме. Она может длительное время сохранять способность к делению (самовоспроизведению), оставаясь при этом в недифференцированном состоянии. Родоначальником термина «стволовые клетки» является русский ученый-гистолог А.А. Максимов(1908г.).

Цель исследования: Изучить структурно-функциональную характеристику стволовых клеток и определить их роль в организме человека.

Задачей исследования является изучение и анализ литературы, касающейся вопросов особенностей и значения стволовых клеток.

Материал и методы: литературный обзор.

Результаты и обсуждение: Огромнейшее количество всех клеток взрослого организма начинается со слияния мужской и женской половой клетки при оплодотворении яйцеклетки. Такое слияние называется зиготой. Все последующие миллиарды клеток возникают при ее развитии. Зигота содержит весь геном будущего человека и его схему развития в дальнейшем. При своем возникновении зигота начинает активно делиться. Сначала в ней появляются клетки особого рода: они только способны к передаче генетической информации возникающим далее поколениям новых клеток – это эмбриональные стволовые клетки.

ЭСК образуют «внутреннюю клеточную массу» (эмбриобласт) внутри бластоциста – стадия зародыша (эмбриона) до его внедрения в стенку матки (у человека – на 5-7 день после оплодотворения: 50-150 клеток). Эти клетки плюрипотентны, т.е. способны дать начало трем зародышевым листкам (экто-, мезо- и эндодерме) и всем 350 типам клеток организма, кроме плаценты. Также ЭСК обладают мультипотентностью и тотипотентностью.. Мультипотентные клетки способны увеличивать число клеток внутри какого-либо типа: кровь, кожа и т.д. Тотипотентны только те клетки, из которых состоит зародыш на стадии морула (8-16 клеточный эмбрион). Он состоит из тотипотентных клеток, т.е. способны давать начало абсолютно всем типам клеток (включая плаценту).

Стволовые клетки, которые по сравнению с ЭСК, появляются на более поздних стадиях формирования организма; их выделяют из абортивного материала на 5-8-недельных сроках внутриутробного развития плода, называют фетальными стволовыми клетками(промежуточный тип клеток между ЭСК и взрослыми клетками). ФСК обладают высокими пролиферативным и дифференцировочным потенциалами, но уже не такими высокими, как ЭСК.

Постнатальные(взрослые, региональные) клетки – это клетки, которые, по сравнению с ЭСК и ФСК, появляются на более поздних стадиях формирования организма и присутствуют в каждой ткани (органе) взрослого человека. Эти СК подразделяют на три основные группы: гемопоэтические (ГСК, кроветворные), мультипотентные мезенхимальные (ММСК) и тканеспецифичные. Основная функция этих СК - восстановление и поддержание тканей, в которых данные клетки присутствуют. В отличие от ЭСК и ФСК взрослые СК имеют меньшую способность к самоподдержанию и меньший дифференцировочный потенциал. Постнатальные клетки имеют два типа деления: симметричное деление – образуется две идентичные СК, Асимметричное деление – 1 СК + 1 клетка-родоначальник (progenitor cell).

Стволовые клетки благодаря своим уникальным функциям активно применяются в клеточной терапии, которая основана на вводе в организм СК. СК могут подстраиваться под поврежденный орган и менять его состав на здоровый, т.к. каждая стволовая клетка способна дифференцироваться в несколько здоровых потомственных клеток.

Но в настоящее время существует один вид полноценной клеточной терапии: пересадка костного мозга для лечения лейкемии.

Выводы: Стволовые клетки классифицируются на эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) и взрослые стволовые клетки (постнатальные, соматические, региональные). Они играют огромную роль в развитии, строении и функционировании человеческого организма, а также в развитии и улучшении современных методов лечения различных заболеваний.

Список литературы:

- 1.Берсенева, А. В. Эмбриональная стволовая клетка обладает способностью репрограммировать ядро взрослой соматической клетки / А. В. Берсенева // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. — 2005. — № 2. — С. 19-20.
- 2.Producing primate embryonic stem cells by somatic cell nuclear transfer / J. A. Byrne [et al.] // Nature. — 2007. — Vol. 450. — P. 497-502.
- 3.Кухарчук, А.Л. Стволовые клетки / А.Л. Кухарчук, В.В. Радченко, В.М. Сирман // Высшая школа, 2010 - 283 с.
- 4.Эмбриональные стволовые клетки: фундаментальная биология и медицина / Репин В. С., Ржанинова А. А., Шамянков Д. А. - Москва, 2002. - 225 стр
- 5.Владимирская Е.Б. Биологические основы и перспективы терапии стволовыми клетками / Е.Б.Владимирская, О.А.Майорова, С.А.Румянцев.-М.: Медицина и здоровье,200

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И ИХ РОЛЬ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

М.Ш. Исабаева, 2-033, факультет
«Общая медицина и стоматология»

Научный руководитель Г.У. Жанайдарова, профессор кафедры
гистологии КМУ, кафедра гистологии, г. Караганда

Введение: Нейтрофилы в крови необходимы для борьбы с вирусами, которые не могут побороть другие подвиды лейкоцитов. Практически все они используют поверхностные методы борьбы, которые разрушают оболочку инфекции. Функция нейтрофилов — найти инфекционные молекулы, против которых бессильны эозинофилы и базофилы. Потому что, единственный способ борьбы с этими молекулами — полное поглощение и расщепление.

Цель исследования: Изучить роль нейтрофилов в норме и при патологии.

Задачей исследования является изучение и анализ литературы, касающейся вопросов структурно-функциональных особенностей нейтрофилов в крови.

Материал и методы: литературный обзор.

Результаты и обсуждение: Нейтрофилы - первая линия защиты от бактериальных инфекций. Когда количество или качество этих клеток отклоняется от нормы, дети подвержены серьезным, часто угрожающим жизни инфекциям. Кроме того, такие нарушения могут быть маркером многих системных заболеваний. В анализе крови имеют одинаковую норму для мужчин и женщин. Результат анализа может различаться только в зависимости от возраста пациента. Абсолютное содержание нейтрофилов определяется общим биохимическим анализом крови. Они могут обозначаться как neut abs. Отдельно лабораторные исследования проводятся для определения палочек, или юных клеток, в анализе крови. Молодых нейтрофилов функция заключается в первоочередной атаке, а за ними в бой уже идут более старшие клетки. Дефект на любом из этапов жизни нейтрофилов может привести к нарушению их

функции и ослаблению защитных сил организма. Воспалительная реакция при этом, как правило, снижена, что клинически проявляется тяжелыми рецидивирующими бактериальными и тяжелыми рецидивирующими грибковыми инфекциями, плохо поддающимися.

Нарушение функции нейтрофилов диагностируют по клиническим признакам, к наиболее характерным из которых относятся афты (серовато-белые негнойщиеся язвы слизистых), гингивиты пародонтит.

При наследственных дефектах нейтрофилов инфекция может развиться уже в первые дни жизни. Обычно поражаются кожа, верхние дыхательные пути, легкие, а также кости.

Раньше при наследственных дефектах нейтрофилов продолжительность жизни не превышала 30 лет. Сегодня благодаря активному лечению эти больные живут дольше.

Дисфункции нейтрофилов, такие как различные формы нейтропении, приводят к тяжелым формам подверженности больных бактериальным инфекциям, что подчеркивает ключевую роль нейтрофилов в обеспечении врожденной формы иммунитета. С другой стороны, гиперактивация нейтрофилов также приводит к патологиям. Такие аномалии, как повреждение при реперфузии, васкулит, синдром дыхательной недостаточности взрослых, или гломерулонефрит, свидетельствуют о важном медицинском значении гиперактивации нейтрофилов.

Выводы: Нейтрофилы служат для обеспечения безопасности организма. Они способны распознавать вредоносные бактерии, захватывая и уничтожая их. Наличие базофилов в крови обуславливает появление различных аллергических реакций — эти клетки не позволяют вредным ядам и токсинам распространяться по всей кровеносной системе.

Литература:

- 1) «Гистология» Ю.И.Афанасьева, Н.А.Юриной, Москва 1989
- 2) «Кровь и лимфа. Кроветворение» Н.А.Юрина, В.Г.Елисеев, Москва 1990

- 3) «Кровь. Форменные элементы.» Т.Н.Радостина, Москва 1995
- 4) Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е., Долгов В.В. «Лабораторная гематология»
- 5) Данилов Р.К., Клишов А.А., Боровая Т.Г. Гистология человека. СПб.: ЭЛБИ. 2002. 315 с

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ НОСА.

М.М.Абсалық¹

Научный руководитель: ассистент
кафедры патологии Е.А. Котов²

Некоммерческое Акционерное Общество Медицинский
университет Караганды, г.Караганда.

Введение: проблема новообразований полости носа является проблемой человечества на протяжении сотен лет. Так, частота встречаемости по разным данным составляет от 1 до 4 из 100 людей.

Сложность проблемы обусловлена высокой вариабельностью новообразований полости носа, а следовательно отсутствием единого подхода к лечению. Судя по статистическим данным, полипоз одно из самых частых последствий хронического ринита. Полипами носа страдают 1-4% населения. Мужское население подвержено этому заболеванию в 3-4 раза больше, чем женщины. У детской части населения больше распространены антрохоанальные полипы, а у взрослых этмоидальные. При морфологическом исследовании операционного материала и биоптатов образований полости носа и придаточных пазух диагностируются самые разнообразные патологические процессы неопухолевой природы, которые отличаются не только по этиологии, морфологии, нозологическим формам, клиническим проявлениям, но и по их значению в развитии опухоли. Особенно важным и актуальным в борьбе с опухолями носа и придаточных пазух становится своевременное выявление и точная диагностика именно фоновых и предраковых заболеваний.

Цель: Изучить морфологические критерии диагностики фоновых и предраковых заболеваний полости носа и придаточных пазух.

Материалы и методы. Объектом патоморфологического исследования послужил операционный материал, полученный от больных (50) прооперированных по поводу полипозного риносинусита и гайморэтомидита в оториноларингологическом отделении КГП ОмЦ г. Караганды в период с 2015 по 2018гг.. Гистологическая подготовка материала осуществлялась по общепринятой методике с окраской гематоксилином и эозином. По итогам выполненного объёма исследований проведён ретроспективный анализ заболеваний с ранжированием данных.

Результаты и обсуждение: В общем были обследованы 50 пациентов:

26% женщины, в возрасте от 35 до 83 лет, средний возраст $46,6 \pm 4.1$ год;

74% мужчины, в возрасте от 21 до 74 лет, средний возраст 55-61 год;

Эозинофилия встречалась в 80% случаев.

Описаны морфологические особенности назальных полипов.

Отмечены признаки местного хронического неспецифического воспаления и дистрофических изменений эпителия, формирование участков фиброизирования стромы и плоскоклеточной метаплазии респираторного эпителия.

Выводы:

1. Среди фоновых заболеваний наиболее часто встречающейся патологией является гайморэтомидит (46%)
2. Обнаруженные морфологические изменения показывают, что эозинофилия характерна для 80% случаев.
3. Во всех материалах (100%) встречаются смешанные формы полипов (в основном, железисто-фиброзный с выраженной эозинофилией).
4. Чаще всего встречается у мужчин зрелого и старшего возраста от 35 до 65 лет. (60%)

Заключение: биопсия с гистологическим исследованием ткани - один из важнейших методов прижизненной диагностики. Проблема исследования полипов носа является актуальной на данный день, так как эта патология распространена повсеместно среди людей разного пола и возраста.

Список литературы:

1. Волков А.Г., Трофименко С.Л. Хронические полипозные риносинуситы: вопросы патогенеза и лечения / Учебное пособие. - Ростов-на-Дону: РостГМУ 2007. -48 с.
 2. Гюсан А.О., Узденова Р.Х. Деформация костного скелета носа полипами // Рос. ринология. - 2005. - №4. - С.43.
 3. Исаева А. Д. Полипы в носу. Причины, симптомы и признаки, диагностика и лечение. Удаление полипов в носу: операция, удаление лазером, шейвером, эндоскопическое удаление. 2013 г. URL: <https://www.polismed.com/articles-polipy-v-nosu-prichiny-simptomu-i-priznaki.html>
 4. Кисты придаточных пазух носа [Текст]/М.И.Кадымова.-М.: Медицина, 1972.-128 с.
 5. Лопатин А. С., Быкова В. П., Арцыбашева М. В. Современные принципы диагностики и лечения хоанальных полипов // Вестник оторинолар. - 1997. - № 1. - С. 8-12.
- КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-morfologicheskaya-harakteristika-antrohoanalnyh-polipov>
6. Особенности пато- и морфогенеза кист околоносовых пазух [Текст]/И.С.Гурьев, А. А.Должиков//Российская ринология. -2002. - №2. -С.53-54
 7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Руководство по ринологии. - ЛитТерра, 2011. - 960 с.
 8. Пискунов С.З. О хирургическом лечении хоанальных полипов // Труды XV съезда оториноларингологов России. - СПб, 1995. - С. 87-90.
 9. Рязанцев С. В. С. В. Рязанцев,А. А. Марьяновский. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения. / Метод. рекомендации. Спб, РИА АМИ. - 2006. - 28 с
 10. Тусупбекова М.М. Основы гистологической техники и методы гистологического исследования аутопсийного, операционного и экспериментального материала: Метод. рекомендации. -Караганды, 2005. -47 с.
 11. mkb-10.com/index.php?pid=9113

КАПИЛЛЯРНОЕ РУСЛО ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В НОРМЕ И ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ

Бейсенова Д.Б

Бадалова А.Б

Казахский Национальный акционерский медицинский университет
им.С.Асфендиярова г.Алматы

Введение. Пороки развития челюстно-лицевой области являются распространенными где 90% занимают врожденных расщелины верхней губы (1,2). Одним из методов лечения врожденных расщелин верхней губы является операция хейлопластики. Успех хирургической коррекции расщелины верхней губы в первую очередь зависит от рельефа и кровоснабжения последней. Работ посвященных изучению капиллярного русла расщелин верхней губы с помощью метода капилляроскопии единичные (3). Следует заметить, что вышеуказанной работе автор приводит данные капилляроскопии после операции хейлопластики.

Цель исследования: изучить морфометрическую характеристику капиллярного русла верхней губы в норме и при врожденных расщелинах.

Материал и методы исследования

Нами использован клинический материал, собранный в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы “Аксай” являющейся базой кафедры стоматологии детского возраста с профилактикой стоматологических заболеваний Казахского Национального Акционерского Медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова. Мы изучали врожденные расщелины верхней губы у детей возраста от 3-х до 12 месяцев.

Исследование проводилось капилляроскопом М-70 “А” с использованием окуляр- микрометра.

Состояние капиллярного русла определяли рядом количественных показателей:

1-количество капилляров (N) в 10 полях зрения

2- общей длиной капилляров (L), которую определяли по формуле $L=(N^2:D)$

- 3- диаметр капилляров- D (мкм)
- 4- площадь капиллярного русла по формуле πDL (мм²)
- 5- емкость капиллярного русла по формуле πRL (мм³)
- 6- метод статистической обработки материала.

Результаты и обсуждение.

Использование метода капилляроскопии позволило нам изучить морфометрические параметры капиллярного русла верхней губы в норме и при врожденных расщелинах.

Так, у детей до 3-х месяцев при односторонней расщелине верхней губы общая длина капиллярного (в мм²) составил (229-16)16.(контроль (331-17)10) диаметр капиллярного (мкм) 3,6-0,6 (контроль- 5,6-0,7); обменная поверхность (мм²) 45-4,0 (контроль 60-4,0, емкость капиллярного русла (мм³) 0,660-0,009 (контроль 0,880-0,005).

У детей до 3-х месяцев при двусторонней расщелине - общая длина капилляров (в мкм) составил (225-15)10 (контроль-(332-15)10; диаметр капилляров (мкм)- 3,2-0,5 (контроль- 6,0-0,6); обменная поверхность (мм²)- 36,0-4,0 (контроль- 60-4,0); емкость капиллярного русла (мм³)- 0,557-0,065 (контроль- 0,890-0,005).

При односторонней расщелине у детей 3-6 месяцев капиллярного русло в области расщелины были следующими: общая длина капилляров (в мм²) составил (230-15)(контроль- 6,0-0,5); обменная поверхность (мм²) 47,0-5,0 (контроль 65-5,0); емкость капиллярного русла (мм³) 0,690=0.009 (контроль- 0,990-0,08).

При двусторонней расщелине у детей 3-6 месяцев капиллярное русло в области и расщелины были следующими: общая длина капилляров (в мм²) составил (287-16)10 (контроль-(335-15)); диаметр капилляров 3,3-0,5 (мкм)- (контроль-6,1-0,5); обменная поверхность (мм²) 39-4,0 (контроль-66-5,0); емкость капиллярного русла – 0,586-0,005 (контроль-0,950-0,005).

У детей 7-9 месяцев при односторонних расщелинах верхней губы (дети 7-9 месяцев): общая длина капилляров (мм²) составил (235-17)10 (контроль-(350-15)); диаметр капилляров (мкм)-4,0-0,5 (контроль-6,3-4,0); обменная поверхность (мм²)-40,0-4,0 (контроль-70,0-0,5); емкость капиллярного русла (мм³)- 0,700-0,005 (контроль-1000,0-0,005).

При двусторонней расщелине верхней губы дети (7-9 месяцев): общая длина капилляров (в мм²) составил (230-16)10 (контроль-352-16); диаметр капилляров (мкм) 3,5-5,0 (мкм)- контроль 3,5-5,0 (мм²)- (контроль -6,5-3,0); обменная поверхность (мм²) 40,0-4,0 (контроль-71,0-0,5); емкость капиллярного русла -0,600-0,005 (контроль-996-0,005)

У детей 10-12 месяцев при односторонней расщелине верхней губы: общая длина капилляров (в мм²) составил (240-16)10 (контроль-(390-16)); диаметр капилляров (мкм)- 4,2-0,5 (контроль-6,5-0,5); обменная поверхность (мм²)- 50-5,0 (контроль-70-5,0); емкость капиллярного русла (мм²)- 0,756-0,05 (контроль-1020,0-0,005).

У детей вышеуказанного возраста, при двухсторонней врожденной расщелине верхней губы: общая длина капилляров (в мм) составил (232-15)10 (контроль-(393-14)); диаметр капилляров 3,8-0,5 (мкм)- (контроль- 6,5-0,5); обменная поверхность (мм²) 4,7-5,0 (контроль-7,2-5,0); емкость капиллярного русла- 0,650-0,005 (контроль-1018-0005)

Выводы. Полученные морфометрические показатели капиллярного русла верхней губы подтверждают, что при односторонней и особенно при двухсторонней расщелине верхней губы показатели капиллярного русла в области расщелины значительно снижены, что по видимому отражаются на трофике мягких тканей верхней губы при врожденных расщелинах.

Заключение. На основании проведенных исследований и полученных результатов мы можем сказать, что все поставленные перед нами цели и задачи были достигнуты. В будущем мы собираемся более углубленно изучать данную патологию и всевозможные способы предотвращения её возникновения.

Список литературы.

- 1.[Сапин, М.Р. Нормальная анатомия человека. Учебник. В 2 кн. Кн. 1 / М.Р. Сапин, Г.Л. Билич. — Ереван: МИА, 2010. — 480 с.]
- 2.[Сапин, М.Р. Нормальная анатомия человека. Учебник. В 2 кн. Кн. 2 / М.Р. Сапин, Г.Л. Билич. — Ереван: МИА, 2010. — 584 с.]
- 3.[Сапин, М.Р. Анатомия человека (для стоматологов) В 3 т.: Учебник / М.Р. Сапин, Д.Б. Никитюк. — М.: Новая волна, 2015. — 776 с.]

PSYCHOLOGY OF DEVELOPMENT OF A PERSON IN HIS CHILDHOOD

Tamanna Rathee-2nd Course Student. Group № 224a.

Faculty- General Medicine

Tassimova Aislu Akhmadievna- Professor, Member-correspondent Of
International Academy Concord Of France.

Department Of Psychology

Marat Ospanov State Medical University, Kazakhstan.

Summary: This review article has been based on a scientific study of a child growth or child psychology. The purpose of this study is to study the development of children at an early age. A flower looks beautiful and smells amazing and pleasant, so do children do. A child is a flower, blooms sometimes, always looks beautiful and most importantly the innocent eyes and behaviour. There are seven wonders of the world in the eyes of a child. There are seven millions. Children see magic because they look for it. A strong wind can destroy them so parents make them feel safe all the time. Research methods are observation, case study. Children health and mental condition is very much effected by the outer environment of our behaviour. A mother's greatest masterpiece is her child. Every moment matters.

As a result of a review study of the sources we have identified the characteristics of development and growth of children at an early age based on experimental studies of prominent psychologists. So most importantaly we should try to read a child mind and help them to become tremendous tomorrow. If we make efforts they will show their sparks and will light up our world[1].

Key words; Development, Milestones, Behaviour, Emotions, Intellectual development, social development.

Introduction: A toddler begins its world's first experience while laughing, crying, walking, running and so on. Child show some motor skills and many special skills. The idea that early experiences affected adult life has profound import ance for anyone caring for a child. Childfren needs to be given a objects to manipulate so they can exercise their sensory learning. Parents and other caregivers need to be aware the standard course of development.

Children should have many opportunities for social interactions to develop intellectually. A child psychology is a very broad subject to study [2].

Objectives: The goals of our investigation is to clarify the creative and study a child mind.His or her basic needs and state of mind.The behaviour, emotions and many more.

Material. There are stages of child development how he learns to find every new thing in this beautiful world.So we can learn a person by first letting know these stages. Physical development: the changes in size, shape, and physical maturity of the body, including physical abilities and coordination.Intellectual development: the learning and use of language; the ability to reason, problem-solve, and organize ideas; it is related to the physical growth of the brain.Social development: the process of gaining the knowledge and skills needed to interact successfully with others.Emotional development: feelings and emotional responses to events; changes in understanding one's own feelings and appropriate forms of expressing them[3].Moral development: the growing understanding of right and wrong, and the change in behavior caused by that understanding; sometimes called a conscience. A child stages upto 5 years according to scientist Erick Erickson [4]. are as follows; Stage 1: Infancy (0 to1½) in which the psychosocial crisis is Trust vs. Mistrust. Stage 2: Early stages to verify they childhood (2½ to 3) in which the psychosocial crisis is Autonomy vs. Shame and doubt. Stage 3: Play age (3 to 5) in which the psychosocial crisis is Initiative vs. Guilt.He gave us 7 stages but accordingly childhood first three are only categorised in my article. In infancy stage a child is only dependent on mother and parental care and starts to noticing the environment. In second stage of autonomy vs. shame the child stared noticing the things and is able to copy the human behaviour by his own mind and start reacting a bit. In the third stage of play age child start playing new games learnt and is able to learn many more new things. Freud's Psychosexual Developmental Theory Psychoanalytic theory originated with the work of Sigmund Freud(Frank Cioffi (2005) "Sigmund Freud" entry *The Oxford Guide to Philosophy* Oxford University Press: New York pp. 323–324) [5]. Through his clinical work with patients suffering from mental illness, Freud came to believe that childhood experiences and unconscious (Sigmund Freud, *On Sexuality* (London 1991) p. 375) [6] desires influenced behaviour.

According to Freud, conflicts that occur during each of these stages can have a lifelong influence on personality and behaviour. Freud proposed one of the best-known grand theories of child development. According to Freud's psychosexual theory, child development occurs in a series of stages focused on different pleasure areas of the body. During each stage, the child encounters conflicts that play a significant role in the course of development. Vygotsky's Sociocultural Theory; Another psychologist named Vygotsky [7].proposed a seminal learning theory that has gone on to become very influential, especially in the field of education. Like Piaget, Vygotsky believed that children learn actively and through hands-on experiences. His sociocultural theory [8]. Korb, K.A. (n.d.). Vygotsky's sociocultural theory. University of Jos. 680_04Vygotsky.pp also suggested that parents, caregivers, peers and the culture at large were responsible for developing higher order functions.In Vygotsky's view, learning is an inherently social process. Through interacting with others, learning becomes integrated into an individual's understanding of the world. Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Results. The formation may vary from person to person. All human being have different type and different form of interaction and intellectual form of learning. But a child have a different type of development because the parent built it. Freund, L. S. (1990). Maternal regulation of children's problem-solving behaviour and its impact on children's performance. *Child Development*, 61, 113-126. If a parent will built it in a wrong direction then the child will face many problems in his life and will not be able to create any positive things around. And if a child been treated well and been in a very good environment then he will be pleased and be very surprisingly amazing to the nature and social gatherings [9].

CONCLUSION. Childhood experience monumental changes in every single aspect of their lives as they make the transition from childhood into adulthood. The purpose of this article was to provide parents and other caregivers the foundational information needed to recognize and to appreciate the normal developmental progression of childhood. Therefore, this article was primarily descriptive in nature. However, the process of childhood development can become quite challenging and sometime overwhelming for both youth and their families. Our childhood parenting article builds upon this foundation to provide parents and other

caregivers concrete advice and practical solutions to common problems that arise during adolescence. Armed with this information, caregivers will feel more confident and successful as they guide their child through these often confusing and difficult years[10].

References

1. Handbook of Pediatric Psychology. Contributors: Michael C. Roberts - Editor. Publisher: Guilford Press. Place of publication: New York. Publication year: 2005. Page number: 120-125.
2. Child and Adolescent Mental Health: Theory and Practice. Edition: 2nd. Contributors: Margaret Thompson - Author, Christine Hooper - Author, Cathy Laver-Bradbury - Author, Christopher Gale - Author. Publisher: Hodder Education. Place of publication: London. Publication year: 2012. Page number: 67-70.
3. Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Personality, Behavior, and Context. Contributors: Cecil R. Reynolds - Editor, Randy W. Kamphaus - Editor. Publisher: Guilford Press. Place of publication: New York. Publication year: 2003. Page number: 80-85.
4. The Psychology of the Child. Contributors: Jean Piaget - Author, Bärbel Inhelder - Author, Helen Weaver - Translator. Publisher: Basic Books. Place of publication: New York. Publication year: 1969. Page number: 60-64.
5. Alexander, Irving L. "Erikson and Psychobiography, Psychobiography and Erikson." In *Handbook of Psychobiography*, edited by William Todd Schultz. New York: Oxford University Press, 2005.
6. Handbook of Child Psychology and Developmental Science ,915 Pages · 2015
7. Handbook of Child Psychology, Vol. 3_ Social, Emotional, and Personality Development, 6th Edition, 1154 Pages · 2006
8. Korb, K.A. (n.d.). Vygotsky's sociocultural theory. University of Jos. 680_04Vygotsky.pp
9. AlexKozulin .Vygotsky's Theory of Cognitive Development. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) 2015, Pages 322-328
10. Handbook of Child Psychology by Richard M. Lerner; William Damon (Editor) https://en.wikipedia.org/wiki/Lev_Vygotsky.

ANTENAL INTERVENTIONS TO PREVENT THE TRANSMISSION OF CYTOMEGALOVIRUS (CMV) FROM THE MOTHER TO THE FETUS DURING PREGNANCY AND DECREASE THE OUTCOMES OF INFECTED INFANTS

Aitmagambetova Binura Nurlanovna
(Scientific supervisor - Doctor of Medical Sciences, Professor.
Zhautikova S. B., Senior Lecturer Zhienbayeva KM)
Karaganda Medical University
Karaganda, Kazakhstan

Introduction. Cytomegalovirus (CMV) is a herpes virus and the most common cause of congenital infection in developed countries, which can have devastating consequences for the fetus. The high incidence associated with congenital CMV infection underscores the need for effective interventions to prevent antenatal transmission of CMV infection.

Purpose. Assess the risks and benefits of interventions used during pregnancy to prevent the transmission of cytomegalovirus (CMV) from mother to fetus. Also evaluate the effectiveness of these interventions in reducing the results of congenital infection of a newborn or child.

Materials and methods. The study involved pregnant women with CMV infection. Pregnant women were in three groups, each of which carried out one of the following treatment methods: immunoglobulin therapy, antiviral treatment, and counseling. In the first group, there were 40 pregnant women up to 20 weeks and they took a high concentration of IgG immediately after identifying a primary infection every 2 weeks, with interruptions a week. In the second group, 43 pregnant women were treated and the fetus was confirmed with CMV infection. They took 8 g per day of valaciclovir. Fetus with no signs of ultrasound were not treated. In the third group there were 300 pregnant women who received detailed information on the effects of CMV and recommendations on hygiene.

Results. In the first group, among 40 women, only one case of transmission of CMV to the fetus (2.5%) was detected by amniocentesis. At birth, two more cases of congenital infectious disease were detected.

All newborns were asymptomatic. In the second group, at birth, almost 80% of the newborns from treated mothers were asymptomatic. They also showed no symptoms after 12 months. In the third group, the rate of seroconversion and the proportion infected newborns were 1.2 and 0.9%, respectively.

Findings. Treatment with intravenous immunoglobulins revealed a decrease in the transmission of infection to the fetus. Antiviral treatment showed a significant reduction in the number of neonatal symptoms in the treated cases. Detailed hygiene counseling has excellent results and the risk of infection has decreased by 75%. Currently, the development of the CMV vaccine is underway, but until it is available, behavioral and educational interventions can provide the best options in preventing the acquisition of maternal CMV.

References:

1. Karen K. Biron. Antiviral drugs for cytomegalovirus diseases. 2006.[12:55, 1.5.2019] Бинура KazMSA:
2. Karl Oliver Kagana , Jiri Sonekb , and Klaus Hamprechtc. Antenatal treatment options for primary cytomegalovirus infections. 2016
3. Regine B, Susanne G, Trogstad L. Maternal and congenital cytomegalovirus infections in a population-based pregnancy cohort study. 201c7.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТОВОИШЕМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭКСТРАКТА ГИНКГО БИЛОБА НА МОДЕЛЯХ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Умурзокова Зарнигор

Научный руководитель – к. б. н., доцент В.Б.Расулова

Ташкентский фармацевтический институт, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: Головной мозг, окклюзия средней мозговой артерии, ишемия головного мозга, экстракт Гинкго Билобы.

Введение:

В последнее время во всем мире наблюдается повышенный интерес практической медицины к лекарственным препаратам, получаемым из растительного сырья. В настоящее время лекарственные средства растительного происхождения широко используются в официальной медицинской практике.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что в состав Гинкго Билоба входят различные активные вещества, его противоишемическое действие основано на повышении дыхательной активности митохондрий в условиях гипоксии. Билобалид, входящий в состав экстракта, способствует повышению митохондриальной генной экспрессии, увеличению уровня мРНК и поддержанию активности цитохром-С-оксидазы в условиях гипоксии.

Цель исследования:

Целью настоящего исследования является изучение противоишемических свойств экстракта Гинкго Билоба на моделях ишемии головного мозга у крыс.

Материалы и методы:

Для исследования использовали крыс лабораторных.

Опыт проводился с 3 группами крыс: 1 группа контрольная группа, 2 группа контрольно ишемическая группа, 3 группа ишемическая лечебная группа. 3 гр после 1 суток начали давать перорально настойку из листьев Гинкго Билоба (ГБ) 3 раза в сутки в количестве 1 мл на 100гр массы тела. Экспериментальная модель ишемии головного мозга была вызвана окклюзией средней мозговой артерии (ОСМА) на 90 минут, в наблюдении 24 часов. Профиль поведенческой активности животных является маркером нарушений функционирования ЦНС в результате ее повреждения.

Результаты:

ОСМА вызвало значительный инфаркт и поражение в ишемических полушарии контрольной ишемических группах. Результаты тестирования показали, что через 1 сут после ОСМА у животных был выраженный асимметрический дефицит, который прогрессировал к 7-м суткам после моделирования. Профиль поведенческой активности животных является маркером нарушений функционирования ЦНС в результате ее повреждения. Анализ асимметрии моторики животных на одном и том же участке дорожки через 4 и 7 сут после ОСМА показал, что в группе ОСМА процент асимметрии менялся незначительно. Однако для группы ОСМА+ГБ показатель через 4 сут оказался в 2 раза ниже, чем таковой в предыдущий период наблюдения через 2 сут после ОСМА, что свидетельствовало нормализации моторных нарушений у животных этой группы к 7-м суткам эти показатели достигли нормального уровня относительно 2 группы животных. Таким образом, у животных с моделью ишемии головного мозга развивалась более тяжело, что выражалось в статистически значимом отличии баллов неврологического дефицита и моторных нарушений по сравнению с животными получавшими настойку из листьев Гинкго Билоба. Эти нарушения наиболее выражены через 7 сут после проведения ОСМА 2 группы животных. 3 группы получавшие настойку ГБ наблюдали нормализации моторных нарушений.

Выводы:

Таким образом, наши результаты показали, что ОСМА приводит к формированию в 2 раза более выраженного неврологического дефицита, моторной асимметрии и снижению поведенческой активности животных. Экстракт из листьев Гинкго Билоба имеет противоишемическое воздействие которое было изучено на моделях ишемии головного мозга крыс. Эти результаты являются хорошей

основой для дальнейших фармакологических исследований лекарственных свойств Гинкго Билоба и применение их в клинической практике.

Список литератур:

- 1.«Анатомия лабораторной мыши» А. Д. Ноздрачев, Е. Л. Поляков, П. М. Маслюков , 2012 год
- 2."Инсульт. Вопросы этиологии, патогенеза, алгоритмы диагностики и терапии" М.М. Одинак, И.А. Вознюк, С.Н. Янишевскийинак 2005
- 3."Инсульт, Инфаркт, Внезапная Смерть: Теория Сосудистых Катастроф" Широков Евгений Алексеевич. 2010.
- 4.Топографическая диагностика в неврологии по Петтеру Дуссу.
- 5.Исследование по стандартизации и разработке лекарственных средств на основе листьев Гинкго двулопастного (*Ginkgo Biloba L*)
- 6.Гинкго Билоба. Мезозойский реликт — «Серебряный абрикос» О. В. Яцевич
- 7."Клиническая фармакология экстракта листьев Гинкго билоба" Булаев В. М. Медико-фармацевтический вестник 1996
- 8."Подноготная Гинкго двулопастного. В мире науки (Scientific American)" Гоулд П., Кэхилл Л., Уэнк Г. 2003
- 9."Гинкго билоба (аналитический обзор)." Зузук Б. М., Куцик Р. В., Томчук Ю. и др.Провизор (Харьков) 2001
- 10."Энциклопедия лекарственных растений" — Ридерз Дайджест, 2004
- 11."Стандартизированный экстракт *Ginkgo biloba*: компоненты, механизмы действия, фармакологические эффекты, применение." Штрыголь С. Ю., Штрыголь Д. В., Назаренко М. Е. 2005
- 12."Гинкголиды и билобалид: структура, фармакология, синтез" Свиридов А. Ф. Биоорганическая химия 1991
- 13."LIMSC 2017 Book of abstracts ", Section of Neurosciense.

ЭКСПЕРИМЕНТТЕ "ТЕЗ ТАМАҚТАНУДЫҢ" ЕГЕУҚҰЙРЫҚ АНАЛЫҚТАРЫНЫҢ ҚАН ҚҰРАМЫНА ӘСЕРІ

Муханова Т. Т. «Биология» мамандығы 4-курс

Ғылыми жетекші: профессор ассистенті Татина Е. С. Биология кафедрасы, Қарағанды Медицина Университеті, Қарағанды қ-сы.

Аннотация: Қазіргі фаст-фудтың көп бөлігі адамның денсаулығына елеулі зиян келтіреді деп айтуға тура келеді. Аналық егеуқұйрықтарды тез тамақтандырумен азықтандыру физиологиялық бұзылуды, сондай-ақ қан құрамының өзгеруін тудырды.

Кілт сөздер: «фаст-фуд», қанның формалық элементтері, гемоглобин, ҰПЗ.

Кіріспе: Тез тамақтың (фаст-фуд) құрамында қанттың, тұздың мөлшері жоғары, ал ағзаға пайдалы витаминдер, минералды заттардың және өсімдік талшықтарының мөлшері аз немесе мүлдем жоқ деп айтуға болады. Сондықтанда артық салмақтық мәселелері туындайды. Бұл мәселе тез тамақтан туындайтын жалғыз мәселелердің бірі емес [1-3, 6-12].

Тез тамақтың әйел адамдардың ағзасына келтіретін зияны бедеулікке, ұзақ уақыт бала көтере алмауға ұшыратады екен. Оны «Аделаида» университетінде австралиялық және британдық ғалымдар зерттеп дәлелдеді [13].

Жұмыстың мақсаты: Егеуқұйрықтардың аналықтарындағы қан құрамының өзгеруі мен қалпына келу динамикасын зерттеу.

Материалдар мен әдістері: Экспериментальді зерттеу нысаны ақ түсті, жыныстық жетілген, орташа салмақты (144-237 гр), бір жаста, виварий жағдайындағы аналық егеуқұйрықтар. Экспериментке ұзақтығы 60 күн болатын 2 топ орнатылды, бірінші топқа тәжірибие тобы 7 аналық егеуқұйрықтар, азық-түлік рационынан темірі бар өнімдер алынып тасталды, рационына зиянды өнімдер (чипстер, кириешкалар), су кірді кірді. Екінші топқа бақылау тобы 7 аналық егеуқұйрықтар, олардың тамақтану рационы стандартты тағам рационында болды.

Кейін тәжірибелік топты қалпына келтіру кезеңіне (30 күн) қойылып, қайтадан қан алынды. Қан алу жұмыстары лабораториялық жағдайда жүргізіліп, статистика әдістері қолданылды.

Зерттеу нәтижелері: Бір айдан кейін егеуқұйрықтарды өлшеу және қан алу жүргізілді. Тәжірибиелік топтың орташа салмағы 142,4-219,7 гр құрады, бақылау тобы 167,6-266,1 гр құрады.

1- кесте. Тәжірибие кезеңіндегі (ұзақтығы 1 ай) қан элементтері мен гемоглобин мөлшері ($M \pm m$).

Экспериментальды жануарлар саны, (n=14)	Лейкоциттер ($10^9/L$)	Эритроциттер ($10^{12}/L$)	Тромбоциттер ($10^9/L$)	Гемоглабин (g/L)
1 топ (n=7), тәжірибие	7,9±0,47	5,6±0,24	354,3±53,5	128,7±5,0
2 топ (n=7), бақылау	7,6±0,48	5,01±0,22	256,8±35,0	120,0±2,9
Ескерту: топтар арасындағы нақтылығы $p < 0,01^{**}$; $p < 0,05^*$				

Эксперименттен кейін, егеуқұйрықтардың тәжірибелік тобын қалпына келтіру кезеңіне, стандартты тамақтану рационна орналастырды. Қалпына келтіру кезеңінде тәжірибиелік топтағы егеуқұйрықтардың салмағы 187,7-263,6 гр құрады, бақылау тобы 192-287, 9 гр құрады.

2- кесте. Қалпына келтіру кезеңіндегі (ұзақтығы 1 ай) қан элементтері мен гемоглобин мөлшері ($M \pm m$).

Экспериментальды жануарлар саны, (n=14)	Лейкоциттер ($10^9/L$)	Эритроциттер ($10^{12}/L$)	Тромбоциттер ($10^9/L$)	Гемоглабин (g/L)
1 топ (n=7), тәжірибие	7,7±0,79	6,6±0,13	570,8±121,9	147,6±3,1
2 топ (n=7), бақылау	8,1±1,4	6,3±0,31	364,0±62,2	135,7±6,7
Ескерту: топтар арасындағы нақтылығы $p < 0,01^{**}$; $p < 0,05^*$				

Қорытынды: Эксперимент барысында егеуқұйрықтардың агрессивті және мазасыз мінез-құлқы, тұрақты аштық сезімі байқалды. Аналық егеуқұйрықтардың жүні сарғыш түсті, кей жерлерде жүннің түсуі байқалды. Қалпына келтіру кезеңінде аналық егеуқұйрықтар сабырлы күйде болды, бірақ мазасыздық сезімі сақталды. Егеуқұйрықтарда тромбоциттер көрсеткіштерінің артуы қанның қоюлануы, баяу қозғалуы және жасушаларды оттегімен нашар қамтамасыз етуінен деп болжаймыз.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1.Брахман И.И. Валеология – наука о здоровье. – Москва-2001
- 2.Гарднер Э.С. «Питание впопыхах»: Француз тілінен аударма. / Э.С. Гаднер - издательское объединение «Культура», 1999. - 448 б.
- 3.Донченко Л.В, Безопасность пищевых продуктов – Москва, - 1999.
- 4.Карпенко В. Н., Олефир А. И., Мороз А. П. // Лабораторное дело – 1970 - № 3 – 165-167 б.
- 5.Койчубеков Б. К. Биостатистика: оқу құралы. – Алматы, Эверо, 2015.
- 6.Котешева И.А. Здоровый образ жизни и долголетие. - Москва: РИПОЛ классик, 2008. - 96 б.
- 7.Колесов, Д.В. Здоровье и укрепляющие его факторы/ Д.В.Колесов.-М.: Журнал «Биология в школе». №3, 1989.
- 8.Малахов, Г.П. Разумное питание/ Г.П.Малахов- С – Петербург, 2003
- 9.Потапов, А.И.Здоровый образ жизни: сплав знаний, умений и убеждений // А.И.Потапов.-М.: Журнал «Биология в школе». №3,1988.
- 10.Смирнов В.И. Продукты быстрого приготовления. - Москва: Эко, 2000.
- 11.Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Смирнов. Н.К. 2-і бөлімі. Москва: АРКТИ, 2006. — 320 б.

12.Эйзенберг А. и др. Фаст - фуд: ағыл. т. аударма. / А. Эйзенберг, Х. Муркофф, С. Хатавей; Худож.А. А.

13.Jessica A Grieger, Luke E Grzeskowiak, Tina Bianco-Miotto, Tanja Jankovic-Karasoulos Lisa, J Moran, Rebecca L Wilson ,Shalem Y Leemaqz ,Lucilla Poston, Lesley McCowan, Louise C Kenny «Pre-pregnancy fast food and fruit intake is associated with time to pregnancy»- *Human Reproduction*, 33 том, 6 шығарылым, маусым 2018,1063–1070 б.

ТӘЖІРИБЕДЕ БЕЛСЕНДІРІЛГЕН ЖӘНЕ БЕЛСЕНДІРІЛМЕГЕН МАГНИЙ ДИОКСИДІМЕН ӘСЕР ЕТІЛГЕН ЕГЕУҚҰЙРЫҚ БҮЙРЕГІНДЕГІ ГИСТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР.

Қ.Қ. Қуанышбекова, С. Жылбекқызы, Н.Ж. Шөпбаева
Ғылыми жетекшілер- паталогиялық анатомия және сот медицинасы
кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д. Шабдарбаева Д.М., кафедра
ассистенті Абеуова А.С.

«Семей медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік
қоғамы, Қазақстан Республикасы

Аннотация

Бұл зерттеу жұмысы иондалған сәулелердің егеуқұйрықтардың бүйрегіне тигізетін әсерлеріне байланысты жүргізілді. Нейтронды – белсендірілген және белсендірілмеген марганец диоксиді әсер еткен лабораториялық жануарлардың бүйректерінде пайда болған микроскопиялық өзгерістер салыстырмалы түрде бағаланды. Экспериментальді модельде MnO_2 қолдану арқылы ерте және кеш сәулелену бұзылыстары сипатталды.

Кілт сөздер: бүйректің гистоморфологиялық өзгерістері, сәулелену, магний диоксиді, гидропиялық дистрофия.

Кіріспе: Бүйректегі қан айналымның ерекшеліктеріне байланысты, оның тіні гипоксияға сезімтал келеді. Қалыпты жағдайда бүйректің

проксимальді өзекшелері гипоксия шегінде тұрады.

Сондықтан да біраз мөлшерде бүйректік қан айналымның тежелуі, өзекше клеткаларының зақымдалуы мен бүйректің созылмалы ауруларының прогрессиясына алып келеді. Магний диоксидімен бүйрекке әсер ету емізік- тостағанша аймағының жергілікті ишемиясын және паренхиманың склеротикалық процестерінің дамуын туғызады.

Зерттеу мақсаты: Нейтронды – белсендірілген және белсендірілмеген марганец диоксиді әсер еткен лабораториялық жануарлардың бүйректеріндегі микроскопиялық өзгерістерді салыстырмалы бағалау

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеуге «Wistar» тобының 30 жыныстық жетілген (екі жыныстың да) ақ егеуқұйрықтары алынды.

Массалары- 220-330г. Үш топ бөлініп алынды. Жануарлардың 1-тобына (n= 10) атомдық реакторда («Байкал-1») белсендірілген марганец диоксидімен әсер етті. Реакторда 100мг ұнтақты сәулелендіру 40 мин бойы 10кВт қуатпен жүргізілді. Сәулелендіру аяқталған кезде ^{56}Mn белсенділігі $2,75 \times 10^8$ (7,43МКи) құрады. 2-топ үшін белсендірілмеген марганец диоксиді қолданылды (n= 10). 3-топты сәулеленуге ұшырамаған егеуқұйрықтар құрады (n= 10). Жануарларды экспозициядан кейін 3 және 60 күндері жеке оқшаулады. Кейін хирургиялық жолмен бүйрегі алынды. Гистологиялық зерттеу жүргізу мақсатында бүйрек тінінің бөліктерін 10% -тік нейтральды формалинде 24 сағ бойы бөлме температурасында бекітті, кейін парафинге салынды және микротомда қалыңдығы 5-6мкм көлденең сериялық кесінділер дайындалды. Гематоксилин мен эозинмен боялып, жабынды шыныға бекітілді. Зерттеу материалының микроструктурасын анықтау үшін боялған препараттар талданды және Leica DM 1000 микроскобының көмегімен суретке түсірілді.

Зерттеу нәтижесі: Егеуқұйрық бүйрегінің ерте сәулелену бұзылыстары оның тініне сәулелендірудің тікелей әсеріне негізделген. Ол нейтронды- белсендірілген марганец диоксидімен (^{56}Mn) әсер еткенде 3 –тәулікте көрінетін бүйректің қыртысты затындағы эритростазбен және әлсіз көрінетін диффузды капиллярлы- венозды толықандылықпен сипатталады. Ал белсендірілмеген марганец диоксидінің (MnO_2) ингаляциялық жұтылуынан кейін бұндай өзгерістер байқалған жоқ.

Кеш сәулелену бұзылыстары бүйректің қыртысты затындағы эритростаз және айқын көрінетін диффузды капиллярлы- венозды толықандылық фонндағы оның аралық тінінің айқын диффузды ісінуімен сипатталады. Сондай – ақ бүйрек өзекшелерінің эпителийінде гидропиялық (баллонды) дистрофия, жеке эпителиоциттер мен бүйрек тінінде ірі ошақты продуктивті қабыну және ішкі сәулелендіруден кейінгі алпысыншы тәулікте байқалған бүйрек өзекшелерінің эпителийіндегі гидропиялық дистрофияның ірі ошақтары бар жасуша топтарында некробиоз анықталды. (^{56}Mn) – тің белсендірілмеген марганец диоксидінің созылмалы эффектiсiнен ерекшелiгi әлсiз гидропиялық дистрофия пайда болады.

Қорытынды: Лабораториялық жануарлардың бүйректерінің гистоморфологиялық үрдістеріне нейтронды – белсендірілген марганец диоксидінің әсерін экспериментті зерттеу және оның активтендірілмеген марганец диоксиді бар ингаляциялық жұтумен салыстырмалы бағалау жүргізілді. Соның нәтижесінде (^{56}Mn) «кіші» дозалардағы ішкі сәулелендіру қауіп деңгейін туындататыны анықталды, бұл кейінгі кезеңдерде зерттелген органның тінінде дистрофиялық және некробиотикалық үрдістердің дамуымен көрінетін патологиялық өзгерістермен расталған.

Тұжырым: Тәжірибеде иондалған сәулелердің әсеріне ұшыраған егеуқұйрықтардың бүйректеріндегі морфофункциональді өзгерістерді байқадық. Алынған нәтижелерді талдау барысында бүйректерде гемодинамиканың жалпы бұзылыстарымен қатар, қан тамырлардың жергілікті өзгерістерінен туындаған бүйректік қан айналымның іркілістерін және бүйректің аралық тінінің айқын ісінуін көрдік. Магний диоксидімен бүйректерге әсер ету арқылы алынған өзгерістермен танысу иондалған сәулелердің бүйректерге қауіптілігін бағалауға мүмкіндік берді.

1.Әдебиеттер тізімі:

2.[О.В. Азарова, В.М.Брюханов, Я.Ф.Зверев и др. Нефрология. 2009. N 2. С. 81-85.]

- 3.[А.В.Батько. Вестник ВолГМУ. 2010. N 2. С. 93-97.]
- 4.[В.М. Брюханов, Я.Ф.Зверев, В.В. Лампашеви др. Нефрология. 2008. N1. С. 69-74.]
- 5.[П.В. Глыбочко, А.А.Свистунов, А.Н. Россоловский и др. Урология. 2010. N3. С. 3-6.]
- 6.[В.В. Клочков, А.В.Клочков. Вестник новых медицинских технологий 2009. N4. С. 67-68.]
- 7.[М.Н. Макарова, В.Г.Макаров. Молекулярная биология флавоноидов. Лемма. Санкт-Петербург. 2010.]
- 8.[С.К. Veena, A.Josephine, S.P.Preetha. Life Sci 2006. N19. P. 1789-1795.]
- 9.[А.Е.Океанов, И.Г.Жаков. Медицинские последствия воздействия радиации. 1995. 2-3. С. 23-28.]
- 10.[В.Г.Петин, В.Г.Комаров. Количественные описания модификации радиочувствительности. 1989.]

FREQUENCY AND RISK FACTORS OF COLORECTAL CANCER AMONG RESIDENTS OF THE TURKESTAN REGION

Zhanteyev M.Y.

Associate professor of surgical disciplines department of SKMA

Yendibay B.B.

7th grade student of surgical internship of SKMA

Abstract: The article presents results of a study concerning risk factors of colorectal cancer among questioned patients who were treated for the studied disease at the South Kazakhstan Regional Oncology Center (Shymkent city) in 2014-2016 years. 210 patients of a studied group and an equal number of respondents of a control one took part in the poll. Relative risks and their confidence intervals were calculated on the basis of the poll results.

Key words: colorectal cancer; risk factors; South Kazakhstan region

Introduction

According to statistics KazNRIOR in the last ten years in the Republic cancer of the colon and rectum is steadily increasing and is among the five most common cancers [1].

The same tendencies are observed in many other countries of the world [2]. According to many authors, one of the main reasons for the development of colorectal cancer is the "Western" lifestyle and diet, which are characterized by high-calorie food (rich in fats, refined carbohydrates and animal proteins) and hypodynamia. It should be noted that the "Western" lifestyle is common in developing countries, which is associated with economic growth and industrialization processes.

As a result of the researches, it was proved that physical activity (more than 3 hours per week) reduces the risk of colorectal cancer by 25% [3]. Some studies show that daily use of aspirin for five years reduces the risk of colorectal cancer by 50% [4,5,]. Studies have shown that the abuse of meat dishes and alcohol increases the risk of developing this disease by 50% [9;10].

Smoking and obesity are also the cause of this disease [11; 12].

The aim of this study was to study the sex and age composition, stage of development and risk factors for colorectal cancer for the population of the Turkestan region.

Materials and methods

The survey was conducted among the patients of the Regional Oncology center of Turkestan (South Kazakhstan) region (Shymkent), who are on dispensary observation and receiving treatment for colorectal cancer.

200 patients with colorectal cancer and 200 patients with other diseases of the same center were interviewed (questionnaire).

The content of the questionnaire is aimed at identifying the age, sex of patients and risk factors for cancer of the colon and rectum. According to the results of the survey, a calculation of relative risks was carried out.

Results

91 men and 109 women respondents were interviewed, 94 and 106 among the control group, respectively. In the age group the most numerous was 61-70 years (86 people), in the control group are also more likely to get sick at the age of 61-70 years (69 patients).

Table 1 Age and sex composition of patients with colorectal cancer and control group

	Main group		Control group	
	Men	Women	Men	Women
40-50	4	5	5	10
51-60 years	24	37	22	41
61-70 years	42	44	34	35
71 & above	21	23	28	20
total	91	109	94	106
All	200		200	

Relatively in the control group clearly visible signs of rejuvenation of patients. In the main group there are only 9 patients under 50 years, while in the control group 17. At the age of 51-60 years the total number of patients is the same 61 in the main group and 63 in the control group. But the difference is noted in the sexual aspect, in the control group of this age, women are slightly more likely to suffer from cancer pathology. The indices are presented graphically.

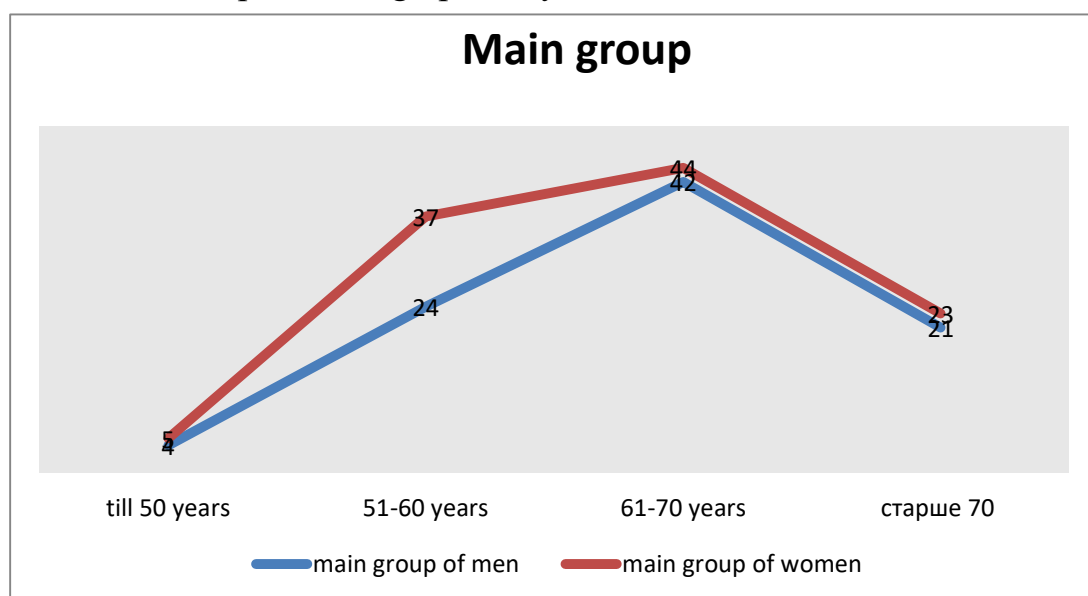


Figure 1 graphic representation of sex and age indicators of the main groups

Among the respondents aged 61-70 years significantly prevails in the frequency of patients with colorectal cancer 86 against 79 people.

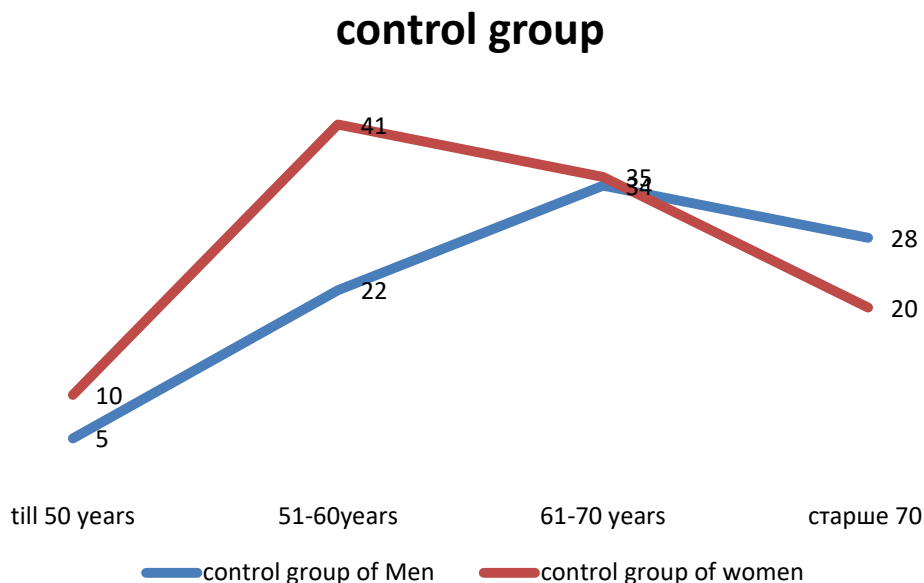


Figure 1 graphic representation of age and sex indicators of control groups

Respondents older than 70 years do not have special differences in the frequency of diseases there.

By analyzing the data of the table on the age indicator, it can be noted that the most common age of colorectal cancer is 61-70 years, almost 43% of respondents, in the control group 34.5%.

General indicators on the frequency of the disease (colorectal cancer) 51-70 years (73%) corresponds to the literature data (71%).

Relative rejuvenation of cancer pathology in the control group is mainly due to breast cancer in women.

2 Table. Localization of the tumor

	Right part	Transverse part	Left part	Rectum	All
Absolute number	25	14	47	114	200
Percentage	12,5%	7%	23,5%	57%	100%

The largest number of cases of colorectal cancer accounts for the rectum 57% (114 of 200). Further, in order to reduce the number of cases, the left and right flanks, the transverse section follow. The indicators correspond to the literature data.

The stages of cancer in the respondents were determined, the indicators are shown in the table.

Table 3. Stages of tumor development

	I	II	III	IV	All
Absolute number	8	64	96	32	200
Percentage	4%	32%	48%	16%	100%

By stages: III-IV stages of the disease accounted for more than half of all cases (64%), while patients with stage I were the smallest subgroup (only 4%) table 3. Indicators of the stage will certainly affect the results of treatment and survival of patients.

Data on the nature of nutrition: respondents with a predominance in the diet of high-calorie meat and fatty foods are more likely to be exposed to the development of colorectal cancer. Especially these indicators are combined with a sedentary lifestyle (mainly employees of education, office workers and civil servants).

Conclusion:

According to the study, patients with colorectal cancer by advanced stages of the disease are dominated among the first cases (III-IV stages were 65.9%). The problem of late diagnosis of this disease is mainly associated not only with the lifestyle and nature of nutrition, bad habits of patients, but also with the special attitude of the population to the pathology of this localization. There are cases of so-called "false shame" when patients turn to a proctologist, which can cause a delay in the provision of qualified medical care. There is also a lack of clinic in the initial stages and lack of awareness of the population about the early symptoms of this disease.

The results indicate that the majority of patients in the diet have high meat consumption and low content of plant food, low physical activity, and the prevalence of "false shame". There is also a poor awareness of the population of preventive examinations.

Literature:

1. Камхен В.Б. Преобладающие локализации в структуре заболеваний злокачественными новообразованиями в Казахстане / В.Б. Камхен, М.Н. Турбекова // Медицина. – 2015. – 6 (156). – С. 25-27
2. World Health Organization. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>
3. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer*. Feb 24 2009;100(4):611-616.
4. Flossmann E, Rothwell PM. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. *Lancet*. May 12 2007;369(9573):1603-1613.
5. Rothwell PM, Wilson M, Elwin CE, et al. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials. *Lancet*. Nov 20 2010;376(9754):1741-1750.
6. Cho E, Smith-Warner SA, Spiegelman D, et al. Dairy foods, calcium, and colorectal cancer: a pooled analysis of 10 cohort studies. *J Natl Cancer Inst*. Jul 7 2004;96(13):1015-1022.
7. Grodstein F, Newcomb PA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone therapy and the risk of colorectal cancer: a review and meta-analysis. *Am J Med*. May 1999;106(5):574-582.
8. Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. Sep-Oct 2009;15(5):489-498.
9. World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, DC: AICR; 2007.
10. Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. Feb 9 2011.

11. Tsoi KK, Pau CY, Wu WK, Chan FK, Griffiths S, Sung JJ. Cigarette smoking and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Jun 2009;7(6):682-688 e681-685.
12. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. Feb 16 2008;371(9612):569-578.
13. Fuchs CS, Giovannucci EL, Colditz GA, Hunter DJ, Speizer FE, Willett WC. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 1994;331:1669-1674.

IV.REPRODUCTIVE HEALTH

THE EFFECT OF OBESITY ON THE COURSE OF PREGNANCY

Supervisor - M. Zhumabayev, PhD, Assistant of the Department of Emergency Care and Anaesthesiology, Resuscitation, NPJSC "Medical University of Astana"
Arystanbek A.N- 2nd year student of the faculty of "General Medicine"
NPJSC "Medical University Astana"

Annotation. This article discusses the main effects of obesity on the course of pregnancy and provides statistics on obesity in developed and developing countries. The review covers risks and complications, provides obesity prevention measures associated with obesity during pregnancy.

Key words: pregnancy, obesity, prevention, BMI, intrauterine pathology.

Introduction. Obesity is one of the most socially significant chronic diseases, which has taken the scale of the epidemic, while obesity in pregnant women is attracting more and more attention. Despite constant improvements in the system of pregnant women with obesity antenatal observation and obstetric assistance, the number in economically developed countries reaches 15.5–26.9% and is constantly increasing, and therefore the relevance of this problem is of particular importance [9]. In Western European countries, from 10 to 25% of the population are obese (with a BMI of > 30 kg / m), in the United States - from 25 to 30%, in Russia, obesity and overweight are observed in more than 25% of the working population and in Central Asia from 22 to 26%.

In Kazakhstan, obesity and overweight is observed in 25-37% of the population. The frequency of obesity among pregnant women in Western Europe and the United States ranges from 6 to 28%, while in Kazakhstan it reaches 20%.

Currently, there is an increase in the frequency of complications of pregnancy and childbirth in women with overweight and obesity. According to the study, these complications are observed in 32.1-83% of women [1-5]. Obesity affects the course of pregnancy, exceeding the relative risk of developing pre-eclampsia by 3.5 times, fetal growth retardation syndrome, 19 times, and placental insufficiency, 6.5 times [1,2,4-6].

Also, with obesity in the mother, perinatal mortality ranges from 20 to 80% and is directly dependent on the degree of obesity.

Purpose. To study the effect of obesity and its metabolic complications on the course of pregnancy and perinatal loss in obese patients.

Materials and methods. This review examines the main problems of the effects of obesity on the course of pregnancy, which were studied in studies for the period 2010-2017.

Results and discussion. According to the results of the vast majority of studies, the most significant complication on the part of the fetus was FDDS as a manifestation of placental insufficiency. Consequently, in pregnant women with a normal body weight, the risk of formation of FDDS is minimal, with an excessive increase in body weight, it significantly increases.

Findings. Despite the high risk of developing complications in overweight pregnant women, obesity is not a contraindication to pregnancy. It is necessary to take into account the diet, taking into account the individual characteristics and physiological properties of metabolism.

Conclusion. As a result of this review, there is a clear need to establish national and regional prevalence rates for maternal obesity so that maternity services can be properly organized to provide adequate care for women at risk.

Literature.

1. Bayramov MA. Optimizing tactics for managing pregnant women with obesity.
2. Gestational weight obesity glucose-tolerant women. Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Mølsted-Pedersen L, Sørensen B, Vinter C, Damm P *Diabetes Care*. 2005 Sep; 28 (9): 2118-22.
3. Golikova, T.P., Durandin, Yu.M. Complications of pregnancy and childbirth in obese women // *Bulletin of the Russian Association of Obstetricians-Gynecologists*, No. 2, 1999
4. Dedov I.I., Melnichenko G.A. Obesity: etiology, pathogenesis, clinical aspects // *Moscow, LLC Medical Information Agency*, 2004.
5. Dedov I.I., Melnichenko G.A. Polycystic ovary syndrome: a guide for doctors // *Medical Information Agency LLC, Moscow*, 2007.
6. Makatsariya A.D., Pshenichnikova E.E. Metabolic syndrome and thrombophilia in obstetrics and gynecology // *Medical Information Agency LLC, Moscow*, 2006.

7. Martinchik A.N., Maev I.V., Yanushevich O.O. General Nutrition, // MEDpress-Inform, Moscow, 2005; 284–290.
8. Sidelnikova V.M. Pregnancy endocrinology in health and pathology // MEDpress-inform, Moscow, 2007.
9. Burton G., Jauniaux E. Placental Development and Oxygenation // Endocrinology, 2005, - №25. - 2–6.
10. Cetin I. The Endocrinology of Placental Dysfunction // Endocrinology, 2005, № 25 - 11–15.

POST PARTUM HEMORRHAGE

Pankaj Kumar Sharma
4TH Course , general medicine
Scientific adviser - Mynbayeva G.Zh.
Department of Gynecology
Karaganda Medical University

The annotation

Post partum Hemorrhage leading cause of maternal mortality and morbidity. New pharmacological and technical developments for prevention and treatment which can greatly reduce its incidence and sequel. Wider use of thermo stable prostaglandins like misoprostol and dissemination of knowledge about new tamponade procedures can minimize its incidence.

Key words- Post partum Hemorrhage, Management PPH, Prevent serious morbidity

Introduction: PPH remains a major cause of both maternal mortality and morbidity worldwide more so in developing countries with an estimated mortality rate of 140,000 per year or one maternal death every four minutes. A stronger definition of postpartum hemorrhage should include both blood loss and clinical signs of cardiovascular changes after delivery, which would help providers to identify postpartum hemorrhage more promptly and accurately..

Objectives: to determine the effectiveness of any intervention used for the treatment of primary postpartum hemorrhages.

Materials and methods: management involves four components all of which must be taken simultaneously, communication, resuscitation, monitoring investigation and arresting the bleeding. Main therapeutic goals of management of massive hemorrhage is to maintain hemoglobin >8 gm/dl, platelet count >75 x 10⁹/l, prothrombin <1.5 x mean control, activated prothrombin time <1.5 x mean control, fibrinogen >1.0 gm

Mechanical methods - Intra uterine balloon tamponade

Interventional radiology

Surgical methods – Brace Suture

Hysterectomy

Bilateral uterine artery ligation

Results and Discussion

We now have new pharmacological and technical developments for prevention and treatment which can greatly reduce its incidence and sequelae. Wider use of thermos table prostaglandins like misoprostol and dissemination of knowledge about new tamponade procedures can minimize its incidence and limit its serious sequelae.

Conclusions

Globally PPH is the leading cause of maternal mortality and morbidity. Prevention plays a very important role by identifying high risk factors and active management of labor. Management is medical, mechanical, surgical and radiological. A multi disciplinary approach is essential in severe haemorrhage. Availability of blood and blood products is essential. It is very important to identify the etiology, though uterine atony is common.

References

1. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003249.pub3/epdf/full>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376787/>
3. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/hemorrhage-postpartum/research-protocol>
4. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30294-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30294-1/fulltext)
5. <https://academic.oup.com/bmb/article/67/1/205/330398#118719442>

НАЛОЖЕНИЕ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА НА ШЕЙКУ МАТКИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ

Ханова Айгуль Мусаннифовна, Капелюшник Полина Леонидовна
Студенты ФГБОУ ВО “Казанский государственный медицинский
университет” МЗ РФ.

Введение. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) - это патологическая дисфункция шейки матки в виде ее укорочения менее 25 мм и/или расширения на всем протяжении цервикального канала от 10 мм, проявления которой наблюдаются при сроке гестации до 37 недель. Истмико-цервикальная недостаточность является важным этиопатогенетическим компонентом в структуре преждевременных родов, количество которых неуклонно растет и по данным ВОЗ составляет 15 миллионов детей (статистика за 2017 год). Методом выбора при лечении истмико-цервикальной недостаточности все чаще является наложение циркулярного шва на шейку матки.

Цель. Изучить и оценить последствия хирургического лечения истмико-цервикальной недостаточности с помощью серкляжа.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ свыше 60 историй болезни, который был проведен на базе ГАУЗ “Клиника медицинского университета” г. Казани и ГАУЗ “Республиканская клиническая больница” МЗ РТ за 5-летний период (2014-2018).

Результаты и обсуждение. Проанализировав имеющиеся данные, были получены следующие результаты:

1. Средний возраст пациенток: 34 года
Срок гестации при выявлении истмико-цервикальной недостаточности: 18-19 неделя
3. Средняя длина шейки матки: 21,2 мм до операции, 31,4 мм после операции.
4. Наиболее частая жалоба: тянущие боли внизу живота (в 90,9 % случаев)
5. Предполагаемые причины: инфекционные поражения мочеполовых путей (в 34% случаев);

оперативные вмешательства на органах малого таза (в 31,8 % случаев); предшествующие преждевременные роды в анамнезе (в 83% случаев).

6. Подготовка перед операцией: 2 женщинам был поставлен акушерский пессарий Арабина

Среднее количество дней пребывания в стационаре после наложения серкляжа: 16

8.Срок снятия шва: 35 неделя беременности

9. Средний гестационный срок при родах 36 недель (из них 43% путем операции Кесарева сечения, 57% естественные роды, 1 выкидыш на сроке 12-13 недель гестации)

10. Количество родов на сроке 37 недель и больше - 57 %.

Выводы. Были выявлены основные факторы риска, которые повышают вероятность возникновения истмико-цервикальной недостаточности, а, следовательно, преждевременных родов и самопроизвольного аборта на поздних сроках гестации. Также, определены отдаленные исходы и целесообразность серкляжа. Наложение циркулярного шва на шейку матки в 93% случаях показала свою эффективность.

Закключение. Наша статистика позволяет считать серкляж наиболее эффективным при лечении пациенток с укорочением шейки матки и/или предшествующими преждевременными родами в анамнезе.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, серкляж, преждевременные роды, детская летальность, самопроизвольный аборт.

Список использованной литературы:

- 1) Акушерство: учебник/ под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фук-са. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.: ил.
- 2) Истмико-цервикальная недостаточность. Методические рекомендации. //ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова. Минздрава России, Москва, Издательство 2018 г.
- 3) Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 3. – С. 157–168.
- 4) Ушакова С.В., Зароченцева Н.В., Попов А.А., Федоров А.А., Капустина М.В., Вроцкая В.С., Малова А.Н. Современные методики коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2015;15(5):117-123.

- 5) The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium", 2018. Vol. 20. No 1. С. 99-102.

К ВОПРОСУ ОБ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПРОМЕЖНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ

Г.К. Омарова, А.Т. Мустафазаде
АО«Национальный медицинский университет», г. Алматы,
Республика Казахстан.

Аннотация. Освещен вопрос оптимального метода поверхностного обезболивания родильниц с разрывами промежности.

Ключевые слова: обезболивание, поверхностная анестезия, аппликационная анестезия.

Введение. Разрывы промежности в родах подразделяются на 3 степени. При разрыве промежности I степени нарушается целостность кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки, II степени вовлекаются мышцы тазового дна, а также задняя или боковые стенки влагалища, III степени кроме вышеперечисленного происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки. Местное обезболивание в различных его видах является одним из лучших средств лечения синдрома боли при восстановлении промежности. Одной из разновидностей местной анестезии является поверхностная анестезия. [1-2]

Цель исследования. Изучить эффективность анестезирующего крема – эвтектической смеси лидокаина 2,5% и прилокаина 2,5% при ушивании разрывов промежности у родильниц.

Материалы и методы. Нами проведено ушивание промежности у 30 родильниц с использованием эвтектической смеси лидокаина 2,5% и прилокаина 2,5% (Ксилокрем). Эффективность накожной анестезии оценивалась по общеклиническому состоянию, на основании анкетирования родильниц, а также по аналоговой шкале боли, которая градуирована от 0 до 10 баллов. Анкета содержала 19 вопросов.

Методы исследования: клинический, статистический, анкетирование.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей выявил, что средний возраст рожениц составил $28,1 \pm 0,3$ лет. Количество первородящих составило 60%, повторнородящих 40%. Разрыв промежности I степени отмечен у 70%, II степени 30% рожениц. Для проведения кожной анестезии эвтектическую смесь наносили толстым слоем на участок разрыва. Длительность аппликации эвтектической смеси составила $9 \pm 0,2$ минут. Восстановление промежности производилось по Донати 43,3% и косметическим швом 56,6% случаев. Во всех случаях использовался шовный материал - викрил. Анализ всех анкет выявил, что по аналоговой шкале боли средний показатель составил $1,8 \pm 0,3$ по 10 бальной шкале.

Заключение. Исходя из полученных результатов можно сделать вывод, что кожное применение эвтектической смеси лидокаина 2,5% и прилокаина 2,5% с целью восстановления промежности положительно повлияло на психоэмоциональный комфорт рожениц и снижение болевых ощущений. Кроме того, применение эвтектической смеси значительно сокращает время относительно инфильтрационной анестезии лидокаином для формирования «лимонной корки», что значительно сокращает время проведения манипуляции.

Список литературы:

1. Vanscheidt W. EMLA anaesthetic cream for sharp leg ulcer debridement: a review of the clinical evidence for analgesic efficacy and tolerability. -2001. №11. -С 90-96.
2. Исраилова В.К., Омарова Г.К., Айткожин Г.К. К вопросу о «лимонной корке». Анестезиология и реаниматология Казахстана. - 2018.-№1.-С 35-37.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М. Бекмолдакызы, А.К. Эуелбекова резиденты 1 года специальности «Акушерство и гинекология». АО«Национальный медицинский университет», г. Алматы.

Научные руководители: зав.кафедрой, профессор, д.м.н. Г.К. Омарова, ассистент А.Т. Мустафазаде. Кафедра акушерства и гинекологии №1.

Аннотация. Детализированы факторы риска, методы диагностики и лечения инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у беременных.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей, беременные, карбункул почек.

Частота гнойных форм пиелонефрита у беременных неуклонно возрастает и увеличивает частоту оперативных вмешательств: от 8,3 до 28,4%, что диктует необходимость своевременной их диагностики и разработки лечебной тактики. [1-3]

Цель исследования. Изучить медико-социальные аспекты инфекций мочевыводящих путей у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни $n=68$ беременных с ИМП, находившихся на стационарном лечении в 2018 году. Методы исследования: клинический, бактериологический, статистический, аналитический.

Результаты и обсуждение. Средний возраст беременных составил $25,9 \pm 0,59$ лет. Показатель образовательного ценза исследуемых выявил, что каждая третья пациентка 33,8% была с высшим образованием, 30,8% беременных – со средним образованием, и 35,4% – со средне - специальным образованием, из них 91,1% состояли в браке. Анализ репродуктивного и соматического анамнеза выявил, что первобеременных было 50,7%, повторнобеременных - 49,3%, предшествующие аборт и выкидыши имели 20,2% беременных, хронический пиелонефрит - 47,8%, мочекаменную болезнь – 11,6%. Нами выявлено, что ИМП чаще выявлялись во втором триместре беременности – у 59% беременных. Основными жалобами были боли в поясничной области – у 89,7% беременных, гипертермия - у 53,6% беременных.

Бактериологическое исследование мочи проведено в первом триместре у 69,5% беременных, из них в 31,2% выделены микроорганизмы: E.coli – у 14,6% беременных, S.saprophyticus – 6,25%, E.aerogenes – 6,25%, Citrobacter – 4,1%. Оперативному вмешательству подверглись 8,8% беременных, повторное хирургическое лечение было оказано 1-ой беременной. Во всех случаях беременность пролонгирована.

Заключение. ИМП отмечены у женщин активного репродуктивного возраста во втором триместре беременности, с отягощенным акушерским анамнезом и соматической патологией, что диктует необходимость улучшения планирования семьи, прегравидарной подготовки, индивидуализировать план ведения беременности и родов у беременных с ИМП, особенно с деструктивными формами.

Список литературы:

- 1.Капительный В.А. Инфекция мочевыводящих путей во время беременности/Архив акушерства и гинекологии им .В.Ф.Снегирева - 2015.-№1.-С23-28.
- 2.Инфекции мочеполовых путей при беременности, родах и послеродовом периоде/ клинический протокол диагностики и лечения №36, -Астана.- 2017.-С 1- 9.
- 3.J. Małyшко. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems/AMS-2015.-№11-1.- С 67.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г.КАРАГАНДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

Рахимова С.С., Сандыбаева А.Б.
Мулдаева Г.М., заведующая кафедрой ОВП №2, д.м.н., доцент
НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация

Представлены результаты анкетирования студентов 4 ВУЗов г. Караганды по вопросам контрацепции и планирования семьи. Ключевые слова: студенты, планирование семьи, контрацепция, аборт.

Введение. Планирование семьи позволяет людям иметь желаемое число детей и определять интервалы между родами [2]. Критерием эффективности работы по планированию семьи является показатель числа абортов на 1000 ЖФВ. По данным статистики в 2017г. данный показатель в РК снизился с 17,3 до 8,9 по сравнению с 2016г.[4,6]. Контрацепция как метод планирования семьи, может считаться способом предупреждения аборта и его осложнений [3]

Цель. Оценить уровень информированности о контрацепции и отношение студентов к планированию семьи.

Материалы и методы. Добровольное анонимное анкетирование студентов ВУЗов г.Караганды. Анкета разработана на основе проведенных исследований [1,5] и размещена в сети «Вконтакте». В исследовании участвовало 1697 студентов от 17 до 30 лет, из них мужчин–509 (30%), женщин–1188 (70%). Количественный состав по ВУЗам: КМУ–38% (645), КарГУ–18% (305), КарГТУ–30% (509), КЭУ–14% (238)

Результаты и обсуждения. Большинство респондентов ведут ЗОЖ 80,1%, при этом у 44,7% имеются заболевания, 35,4% не проходят профосмотры, а 36,6% женщин не посещают гинеколога.

Почти все респонденты (99%) говорят, что понимают термин планирование семьи. Но при этом не знают о существовании центров планирования 42,7%, а 35,4% не собираются их посещать.

Раннее начало половой жизни было у 13,6% респондентов, 43,7% не ведут половую жизнь.

При анализе вопросов о контрацепции, об экстренном методе знают только 54,4% респондентов. Большинство студентов, ведущих половую жизнь, используют барьерный метод 59,6%; прерванный половой акт 18,7%; не пользуются контрацепцией 10,2%; гормональным пользуются лишь 7,6%; применяют календарный метод 3,9%

Основным источником информации о контрацепции служит СМИ 59,2%, от акушер-гинеколога информацию получили 18% респондентов; от ВОП 8,3%

При наступлении нежеланной беременности 28% респондентов готовы сделать аборт, хотя на вопрос «Знаете ли Вы о последствиях аборта?» почти все (95%) ответили, что знают и привели примеры.

Выводы. Большинство респондентов используют неэффективные методы контрацепции, 10,2% не предохраняются, лишь 7,6% используют надежный метод – гормональный. В выборе контрацеп-

ции только четверть молодежи (26,3%) ориентирована на врача. Почти все студенты знают, что включает термин планирование семьи (99%) и осведомлены о последствиях аборта (95%), но все же около трети готовы сделать аборт.

Закключение. Данное исследование говорит о неполном понимании программы планирования семьи, недостаточных знаниях о современных методах контрацепции, низкой приверженности к медицине, недостаточной ответственности молодежи за свое здоровье и потомство.

Список использованной литературы

1. Калачикова О. Н. Грамотность населения в вопросах репродукции, или планирование семьи «по-русски» [Текст] / О. Н. Калачикова // Вестник КрасГАУ. – 2012. - №1. – с. 196 – 202.
2. Материалы сайта ВОЗ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. Мухамедшина В. Р., Соколова Т.М., Макаров К.Ю. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин [Текст] / В. Р. Мухамедшина [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2011. - Т.26, №3. – с. 66 - 68.
4. Оспанова С. Т. Сравнительный анализ абортов в Республике Казахстан [Текст] / С. Т. Оспанова // Медицина. - 2011. - №8. - с. 135 – 138.
5. Редькин Ю.В. Планирование семьи: взгляд молодежи [Текст] / Ю. В. Редькин [и др.] // Омский научный вестник. – 2003. - № 2 (23). – с. 187 – 189.
6. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году». Астана. – 2018.

АССОЦИАТИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Вальц И.А., Абукеримова А.К., Петров В.В.
Научный руководитель – д.м.н., доц. Шевлюкова Т.П.
Тюменский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии

Аннотация: Вегетососудистая дистония (ВСД) может приводить к осложнениям беременности, родов, послеродовому периоду, соответственно, увеличению перинатальной смертности, что отрицательно влияет на дальнейшее психическое развитие ребенка. Каждой второй беременной (65,96% за 2017 год) на приеме в женских консультациях № 1 и №2 выставляют диагноз ВСД, при этом из года в год данная статистика фактически не меняется. Результаты исследования подтверждено неблагоприятное влияние ВСД на гестационный процесс, которое отрицательно воздействует на здоровье матери и ребенка. ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь данным пациенткам.

Ключевые слова: вегетососудистая дистония, беременность, соматоформная вегетативная дисфункция.

Введение: В настоящее время нет четкого алгоритма ведения и прогнозирования исходов у беременных женщин с вегетососудистой дистонией (ВСД), поскольку патология представляет собой динамически колеблющуюся симптоматику, которая по мере ослабления компенсаторных адаптационных механизмов приводит к трансформации функциональной дисфункции в органический дефект [1-4,6].

Цель: изучить влияние ВСД на течение беременности и исход родов.
Материалы и методы: были оценены результаты двух женских консультаций в г. Тюмень за 2016-2018 годы, а также истории родов женщин с диагнозом ВСД посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты и обсуждение: По данным женских консультаций г. Тюмени ежегодно диагноз ВСД встречается у каждой второй беременной - количество выявленной патологии за последние три года по отношению к общему числу обратившихся: в среднем 60,34%. У 92% обследованных был выделен психовегетативный симптомокомплекс [9]. У 75% были аффективно настороженные и депрессивно-тревожные изменения, треть исследуемых (35%) имели признаки астенического синдрома. На вопрос «необходимо ли внедрение службы для психологической помощи беременным?» 92% опрошенных женщин дали положительный ответ.

Хроническая внутриутробная гипоксия, являющаяся доминирующим признаком плацентарной недостаточности, у беременных с ВСД была выявлена в 12% случаев [5, 7, 8]. При исследовании сердцебиения плода у 7% женщин - 7 баллов, у 5% – 6 баллов по шкале W. Fischer. Согласно доплерометрическому исследованию маточно-плацентарного кровотока у 5% выявлена задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода, у 1,5% ЗВУР произошла на фоне преэклампсии средней и тяжелой степени, в 0,5% – на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода.

ВСД сопутствовала осложнениям беременности (угроза прерывания, гестоз), родов (несвоевременное излитие околоплодных вод 25,3%, кровотечения 13,9%, внутриутробная гипоксия плода 12%, аномалии родовой деятельности 17,1%) и в послеродовом периоде (несостоятельность швов 6,34%, лактостаз 5,1%).

Выводы:

Наличие диагноза ВСД у каждой второй беременной, прогностически неблагоприятное протекание беременности и родов у трети исследуемых даёт веские основания для дальнейшего исследования проблемы, поиска подходов к диагностике, лечению и профилактике данной патологии.

ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь пациенткам.

ВСД может привести к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно к увеличению перинатальной смертности, негативном влиянии на дальнейшее психическое развитие ребенка.

Заключение: диагноз ВСД встречается у каждой второй обратившейся в женскую консультацию. Неоспорим факт влияния нарушений вегетативной нервной системы на организм беременной женщины. Наблюдаются нарушение эмоциональной сферы, а так же физиологических особенностей протекания гестационного процесса. Данный факт не может остаться незамеченным – так как последствия ВСД отражаются не только на матери, но и на ребёнке.

Список литературы:

1. Вальц И.А., Абукеримова А.К., Шевлюкова Т.П.. Перинатальные исходы беременных женщин с вегетативной дисфункцией в анамнезе. // Университетская медицина Урала. – 2018. – Т.4.№3(14). – С.5-7.
2. Шевлюкова Т.П. Вегетососудистая дистония как коморбидная составляющая в период беременности / Т.П. Шевлюкова, И.А. Вальц, Л.В. Набиева, А.К. Абукеримова // Альманах молодой науки. – 2018. - №3. – С.36-38.
3. Shevlyukova T.P. Effects indesirables du dysfonctionnement somatographique pour la duree de la periode degestation, les tiges et la periode neonatale / T.P. Shevlyukova, O.V. Bratova, R.V. Pavlova, I.A. Walz, D.J. Boechko // Colloquium-journal. – 2018. - №3-1(14). – С.4-6.
4. Абдуева Ф. М., Каменская Э. П. Вегето-сосудистая дистония или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина». — 2012. — № 23 (998).
5. Акушерство: национальное руководство/под редакцией Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1200 с. – (Серия «Национальные руководства»)
6. Боташева Т.Л. Особенности системы сосудисто-эндотелиальных факторов роста при физиологической беременности в зависимости от пола плода / Т.Л. Боташева, В.А. Линде, Н.В. Ермолова, О.Д. Саргсян, Н.А. Рогова // Медицинский вестник юга России. – 2013. – №4. – С. 38-42.
7. Влияние вегето-сосудистой дистонии на течение беременности и исход родов / В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский, В.И. Беглов, А.М. Зиганшин // Мать и дитя в Кузбассе. – 2015. - №2. – С.59-62.
8. Влияние состояния вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода/ Л.С.Александров,

М.И.Ковалев, К.П.Маслянкина, Н.В.Туттер // Гинекология – 2013. - №2. – С.62-66.

9.Воробьева О.В., Русая В.В. Вегетативная дисфункция, ассоциируемая с тревожными расстройствами // Эффективная фармакотерапия. — 2011. — № 17. — С. 46—50.

НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Хасенова А.А. – магистрант

Научный руководитель: Идрисов А.С. – д.м.н. профессор
НАО «Медицинский Университет Астана».

Аннотация: В тезисе рассматриваются нарушения углеводного обмена у женщин, после перенесенного гестационного сахарного диабета (ГСД). Подтверждается высокий риск развития СД 2 типа до 25%, у женщин перенесших ГСД по сравнению с женщинами, не болевшими ГСД во время беременности. Углеводные нарушения развиваются чаще через 3 года после родов.

Ключевые слова: женщины, гестационный сахарный диабет, последствия, углеводные нарушения.

Введение: По данным Международной федерации акушерства и гинекологии в настоящее время 14-17% беременностей протекает в условиях гипергликемии. Женщины, имевшие ГСД в анамнезе подвержены высокому риску позднего развития СД 1 и 2 типа, нарушению гликемии натощак, нарушению толерантности к глюкозе (НТГ). Оценка углеводного обмена у женщин после перенесенного ГСД для прогнозирования и профилактики развития данных углеводных нарушений является актуальной в наше время. **Цель:** Оценить частоту и виды нарушений углеводного обмена у женщин, перенесших ГСД во время беременности.

Материалы и методы: Всего исследовано 198 женщин после родов. Основная группа женщин с ГСД в анамнезе поделены на 3: группа 1 - через 6-12 недель после родов (n=31), 2 группа - через 1 год после родов (n=36), 3 группа - через 3 года после родов (n=32). Средний возраст составил 28,7±7 лет, индекс массы тела (ИМТ) на момент наступления беременности 30,2±6 кг\м².

Группа сравнения – женщины, не имевшие ГСД в анамнезе, были сопоставимы по количеству, и по годам родоразрешений. Их средний возраст составил $25,7 \pm 6$ лет, ИМТ на момент наступления беременности $24,2 \pm 6,1$ кг/м². Проведены лабораторные обследования: глюкоза плазмы натощак, пероральный глюкозотолерантный тест, опеределен HbA1c.

Результаты и обсуждения: В 1 группе - исследования (ГСД в 2018г) из 31 женщин у 2 выявлено НТГ и у 1 женщины нарушение гликемии натощак, когда в 1 группе - контроля (не имевшие ГСД в анамнезе) не выявлено никаких нарушений гликемии. Во 2 группе - исследования (ГСД в 2017г) из 36 женщин у 2 выявлен СД 2 типа, у 4 НТГ и у 3 нарушение гликемии натощак, когда во 2 группе - контроля, лишь у 1 женщины выявлено нарушение гликемии натощак. В 3 группе - исследования (ГСД в 2015г) из 32 женщин у 8 выявлен СД 2 типа, у 6 НТГ и у 4 нарушение гликемии натощак, по сравнению с 3 группой - контроля, где у 1 женщины выявлен СД 2 типа и у 3 нарушение гликемии натощак. Получены статистически значимые различия возраста у групп исследования и контрольных групп, где женщины заболевшие ГСД старше женщин без углеводных нарушений ($p > 0,05$). Так же получены статистически значимые различия по ИМТ между группами исследования и группами контроля: средний ИМТ у групп исследования соответствует ожирению, а у групп контроля нормальной массе тела ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Женщины с ГСД в анамнезе имеют высокий риск развития СД 2 типа, нарушения гликемии натощак и НТГ после родов по сравнению с женщинами не болевшими ГСД (30,3% и 5% соответственно; $p > 0,05$).

2. Частота выявления СД через 6-12 недель после родов составляет 0%, предиабета 9,6%. Частота выявления СД через 1 год после родов составляет 5,5%, предиабета 19,4%. Частота выявления СД через 3 года после родов составляет 25%, предиабета 31,2%. Нарушения углеводного обмена у женщин с ГСД в анамнезе чаще развиваются через 3 года после родов.

Заключение: Обобщая все вышеуказанное, можно сделать вывод, что женщины перенесшие ГСД нуждаются в пристальном внимании со стороны эндокринологов, терапевтов и ВОП в поликлиниках по месту жительства.

Список литературы:

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37(Suppl 1):S81-90.
2. Ben-Haroush A., Yogev Y., Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with type 2 diabetes // *Diabet. Medicine*. 2004. Vol. 21 (2). P. 103-113.
3. Damm P., Houshmand-Oeregaard A., Kelstrup L. et al. Gestational diabetes mellitus and long-term consequences for mother and offspring: a view from Denmark // *Diabetologia*. 2016. Vol. 59 (7). P. 1396-1399.
4. Blumer et al. *Clin. endocrinol Metab*, 2013. 358:2545-2559.
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics, Accessed: October 2015.
6. Jang H., Yim C., Han K. et al. Gestational diabetes mellitus in Korea: prevalence at early postpartum // *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2003. Vol. 61 (2). P. 117 – 124.
7. Langer O. The diabetes in pregnancy // *Dilemma*. 2015. PMPH – USA, LTD. 445 p.
8. Sellers E., Dean H., Shafer L. et al. Exposure to Gestational Diabetes Mellitus: Impact on the Development of Early-Onset Type 2 Diabetes in Canadian First Nation and Non-First Nation Offspring. *Diabetes Care*. 2016. PII: dc161148. <http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1148>.
9. Zhao P., Liu E., Qiao Y. et al. Maternal gestational diabetes and childhood obesity at age 9-11: results of a multinational study // *Diabetologia*. 2016. Vol. 59. (11). P. 2339-2348.
10. Zisser H., Biersmith M., Jovanic L., et al. Fetal Risk Assessment in Pregnancies Complicated by diabetes Mellitus // *J. Diabetes Sci. Technol*. Vol. 4 (6). P. 1368 – 1373.

ПРОБЛЕМА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЫ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.

В.У.Айтилесова

Научный руководитель: к.м.н. Билялова Г.Т.

НАО «Медицинский университет Астана»

Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры

Актуальность: Ввиду того, что 20% родов на сегодняшний день являются затяжными, а 68% кесаревых сечений производятся по поводу отсутствия прогресса в родах (Eslamian L, Marsoosi V, Rakneeyat Y., 2006), остаются актуальными диагностика и тактика ведения затяжных родов в латентную фазу. Отсутствие точных критериев диагностики затянувшейся латентной фазы родов приводит к ненужной индукции и стимуляции родовой деятельности, что, в свою очередь, может стать причиной ненужного оперативного родоразрешения с его возможными осложнениями.

Цель: сравнить течение родов и исходов матери и плода в зависимости от тактики ведения пролонгированной латентной фазы родов.

Материалы и методы. Нами проведен проспективный анализ 236 историй родов и проспективное когортное исследование течения родов у 92 рожениц с затяжной латентной фазой первого периода родов. В зависимости от степени раскрытия маточного зева и тактики ведения родов, 328 рожениц разделены на 2 группы:

- группа А – роженицы, которым проводилась активная тактика (амниотомия, окситоцин) через 8 часов наблюдения в латентной фазе при раскрытии маточного зева до 4 см (n=236); группа В – роженицы, которым проводилась выжидательная тактика - безмедикаментозное наблюдение - в течение 14-20 часов латентной фазы (в зависимости от паритета родов) при раскрытии маточного зева до 6см (n=92);

Результаты исследования и их обсуждение:

Во время проведения анализа клинического течения родов у рожениц группы А мы обратили внимание на двоякий исход:

у 136 (57,7%) рожениц в последующем - активная фаза не затягивалась и роды произошли через естественные родовые пути при достижении эффекта от проводимой терапии окситоцином, а у 100 (42,3%) рожениц - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в латентную фазу до 4 см раскрытия маточного зева, когда роженица даже не вступила в активную фазу родов.

Исходы в группе В были следующие: все роженицы находились без лечения при условии удовлетворительного состояния матери и плода - первородящие до 20 часов и повторнородящие до 14 часов. В последующем активная фаза прошла прогрессивно и роды произошли через естественные родовые пути, без применения терапии окситоцином у 56 (60,8%) рожениц и с применением окситоцина - у 24 (26,1%) рожениц, а у 5 (5,4%) - роды закончились абдоминальным оперативным родоразрешением в активную фазу после 6 см раскрытия маточного зева.

Анализ течения родов – степень раскрытия маточного зева при поступлении и при выставлении диагноза: Затянувшаяся латентная фаза родов - показал, что в первой группе преобладали роженицы с раскрытием маточного зева 2см, что говорит о раннем обращении и раннем выставлении данного диагноза при минимальном раскрытии маточного зева, что приводило к ранней госпитализации рожениц в стационар и, следовательно, ранним вмешательствам. В группе В преобладало количество женщин, которые были госпитализированы в стационар при раскрытии маточного зева 3-4см и диагноз: Затянувшая латентная фаза выставлялся позже, при раскрытии маточного зева 4-5см.

Результаты проведенного лечения: В группе А применялись амниотомия у 18,6%, окситоцин у 21,6%, амниотомия плюс окситоцин – 59,8%. В группе В применялись нефармакологическое лечение в 60,8% случаев, амниотомия в 20,6% случаев, окситоцин в 8,7% случаев, сочетанное лечение амниотомия и окситоцин -9,7%.

Анализ перинатальных исходов: в группе В асфиксий новорожденного не было, а в группе А – 1,6% составили умеренная и тяжелая асфиксия.

Выводы: При активной тактике ведения латентной фазы первого периода родов наблюдались ранняя госпитализация и раннее выставление диагноза: Затянувшаяся латентная фаза родов, которые привели к ранним медицинским вмешательствам.

При активной тактике наблюдался высокий процент кесарева сечения при раскрытии маточного зева до 4 см.

При активной тактике наблюдались плохие перинатальные исходы в сравнении с выжидательной тактикой.

При выжидательной тактике исходы для матери и плода были более благоприятные.

Список литературы:

1. Eslamian L, Marsoosi V, Pakneeyat Y. Increased intravenous fluid intake and the course of labor in nulliparous women. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93:102.

2. РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК): Клинические протоколы МЗ РК – 2017. Использован сайт <https://diseases.medelement.com/disease/>

3. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *J Midwifery Womens Health* 2014;59:28–34.

4. Wood AM, Frey HA, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, et al. Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. *Am J Perinatol* 2016;33:188–94.

5. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol* 2014;123:693–711.

6. 7МО «Неудовлетворительный прогресс родов» Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015 г.

РАННИЙ ПЕРИОД АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКЛАМПСИЮ

А.И. Ходжаев, З.С. Намозова, Ф.Олими
Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.Х. Кабилова

Цель. Изучение состояния здоровья новорожденных у матерей, перенесших эклампсию.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 104 историй болезни женщин, перенесших эклампсию, и карт новорожденных, состояние здоровья их детей в зависимости от возраста матери, от преждевременных и срочных родов и паритета родов.

Результаты исследования. Результаты ретроспективного анализа показали, что среди пациенток, перенесших эклампсию, в основном преобладали женщины активного репродуктивного возраста, то есть были в возрастной группе от 20 до 34 лет и составляли 62,3%. Установлено, что в возрасте 15-19 лет их было 25,2%, 20-24 года - 34,8%. Результаты анализа показали, что в группе матерей с преждевременными родами преобладали первородящие (39,6%), повторнородящих было 37 (34,9%), многорожавших - 27 (5,4%). Новорожденных массой менее < 1000 гр. было больше в группе многорожавших (18,5%).

Установлено, что каждый десятый новорожденный имел при рождении чрезвычайно малую массу тела (менее 1000гр.) и очень малую массу (1000-1499 гр.) - 13,2% и 10,3% соответственно; с малой массой тела (от 1500 до 2499 гр.) родилось 75,4% детей. СЗРП имели 30 новорожденных (28,3%). Среди недоношенных новорожденных каждый десятый ребенок (10,3%) переведен на второй этап выхаживания, среди доношенных - 4,9%. В раннем неонатальном периоде адаптация новорожденных детей, родившихся от матерей, перенесших эклампсию, протекала с клиническими признаками хронической гипоксии в 41,2%. Синдромы нарушения центральной нервной системы (гипервозбудимость, угнетение, судорожный, мозговая кома) имели место в 52,4% случаев. Ведущим являлся синдром угнетения ЦНС

(43%). Синдром двигательных нарушений имел место в 38,2% случаев, гипертензионно гидроцефальный в 33,0%, вегетовисцеральные нарушения – в 41,2%. Неблагоприятные перинатальные исходы у матерей, перенесших эклампсию, обусловлены преждевременными родами (47,9%), рождением детей с малой (75,4%), чрезвычайно малой (13,2%) и очень малой массой тела (11,4%).

Выводы. Таким образом, новорожденные, родившиеся от матерей, перенесших эклампсию, представляют высокую группу риска по перинатальной заболеваемости и нуждаются в длительном наблюдении у неонатолога и педиатра.

Литература

1. Принципы ведения новорожденных с РДС / А.Г. Антонов,
2. Е.Н. Байбарина, В.А. Гребенников [и др.]; под ред. Н.Н. Володина. — М.: ГОУ ВУН НЦ, 2002. — 80 с.
3. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с 2. экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении / А.Г. Антонов, О.А. Борисевич, А.С. Буркова [и др.]
4. Байбарина, Е.Н. 3. Раннее применение назального СДППД с переменным потоком у недоношенных со сроком гестации 28—32 недели / Е.Н. Байбарина, А.Г. Антонов, О.В. Ионов
5. Журнал интенсивная терапия. — 2006. — № 2. — С.96—98.
6. Диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома 4. (РДС) недоношенных / Е.Н. Байбарина, А.М. Верещинский, К.Д. Горелик [и др.] // Журнал интенсивная терапия. — 2003. — № 2. — С.11—15.
7. Володин, Н.П. 7. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом: метод. рекомендации / Н.П. Володин; под ред. Н.Н. Володина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: РАСПМ, 2009. — 34 с.
8. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22—27 недель / Д.О. Иванов [и др.]; под ред. Д.О. Иванова, Д.Н. Суркова. — СПб.: Информ-Навигатор, 2013. — 132 с.
9. Киртбая, А.Р. 9. Оптимизация подходов к респираторной терапии новорожденных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Р. Киртбая. — М., 2009. — 24 с

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Маммадова Гюнель Фахраддин кызы
эндокринолог, магистр 2 года,
г. Нур-Султан, АО “МУА”.

Научный руководитель: к.м.н . доцент Базарова Анна Викентьевна.
г.Нур-Султан, АО “МУА”,
кафедра кардиологии и внутренних болезней.

Ключевые слова: беременность, гестационный сахарный диабет, сахарный диабет.

Введение: Гестационный сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но несоответствующей критерием «манифестного» СД. ГСД – это нарушение толерантности к глюкозе различной степени выраженности, возникшее или впервые выявленное во время беременности. (3)

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики (4).

Впервые случай гестационного сахарного диабета — ГСД (закончившийся материнской и перинатальной смертью), описан в 1823 г. в Берлине Н. Bennewitz. Спустя 106 лет М. Дункан выступил перед Обществом акушеров в Лондоне с докладом о послеродовом диабете и сообщил о высокой смертности детей и матерей при этом осложнении беременности. Термин ГСД появился в медицинской литературе только в 1961 г. и принадлежит J. O’Sullivan. В 1999 г. опубликован научный доклад Комитета экспертов ВОЗ, в котором предложено ГСД называть все состояния нарушения углеводного обмена, которые возникли или были впервые выявлены во время беременности.

Половина всех случаев гипергликемии при беременности приходится на женщин в возрасте до 30 лет. Подавляющее большинство случаев гипергликемии во время беременности имели место в странах с низким и средним уровнем дохода, где доступ к материнской помощи часто ограничен (1).

Даже легкая гипергликемия в позднем сроке беременности связана с повышенным риском осложнений как для матери, так и для плода. У беременных женщин, не страдающих диабетом, с аномальным результатом скрининга, уровень HbA1c в середине беременности может предсказать вес новорожденных, и они связаны с индексом околоплодных вод в 32-34 недели гестации. Опыт показывает, что ранней диагностике и лечению ГСД снизить перинатальную заболеваемость и улучшить послеродовые осложнения. Уровни глюкозы в крови стали "ключевым игроком" для мониторинга и направления лечения во время беременности. Чрезмерное гестационное увеличение веса также увеличивает риск неблагоприятных условий во время гестации

Кроме того, наличие сахарного диабета у беременной представляет существенный риск для плода. Чаще всего этот риск связан с высокой перинатальной смертностью, врожденными аномалиями развития, а также с развитием осложнений в неонатальном периоде. Врожденные аномалии развития занимают первое место среди всех причин перинатальной смертности. Дети, рожденные от матерей с сахарным диабетом, имеют риск врожденных пороков развития около 6-12% (5).

Значения гликозилированного гемоглобина (HbA1C), как правило, меньше у беременных женщин, чем у небеременных, и это связано с тем, что средняя концентрация глюкозы в крови, как правило, ниже у беременных женщин. Кроме того, рост массы эритроцитов и увеличение количества красных кровяных телец во время беременности способствует снижению HbA1C. По этой причине частый мониторинг HbA1C для оценки гликемического контроля во время беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом может оказаться нецелесообразным для пациентов с низким уровнем HbA1C при первоначальном посещении. Однако его измерение может быть полезным для пациентов с явным диабетом с $HbA1C > 6,5\%$.

Целевые гликемические цели для женщин с гестационным сахарным диабетом состоят в том, чтобы сохранить глюкозу натощак $\leq 5,1$ ммоль / л но $< 7,0$ (75 мг / дл) и либо одночасовую послеобеденную ≤ 10 ммоль / л или 2 ч после еды $\geq 8,5$ и $< 11,1$ ммоль / л. (3).

Поддержание адекватного уровня глюкозы в крови у беременных с гестационным сахарным диабетом снижает заболеваемость как матери, так и ребенка. Существует отсутствие единообразных стратегий для скрининга и диагностики гестационного сахарного диабета во всем мире. Этот обзор охватывает последнее обновление в диагностике и управлении гестационного сахарного диабета. Первоначальное лечение ГСД состоит из диеты и физических упражнений. Если эти меры не достигают гликемических целей, следует начать инсулин. Аналоги инсулина более физиологичны, чем человеческий инсулин, и связаны с меньшим риском гипогликемии и могут обеспечить лучший контроль гликемии (11).

Беременность связана с резистентностью к инсулину (IR) и гиперинсулинемией, которая может предрасполагать некоторых женщин к развитию диабета. Гестационный диабет определяется как любая степень непереносимости глюкозы с началом или первым признанием во время беременности. Это определение не исключает возможности того, что непризнанная непереносимость глюкозы может предшествовать беременности, и поэтому термин гипергликемия при беременности возникает более подходящим, как было предложено в последнее время Эндокринным обществом. Международная ассоциация исследователей диабета и беременности (IADPSG) классифицирует гипергликемию, впервые обнаруженную во время беременности, как «откровенный диабет» или «гестационный сахарный диабет» (ГСД) ». В 2013 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала, чтобы гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, классифицировалась как «сахарный диабет (СД) во время беременности» или «ГСД».

На ранних сроках беременности секреция инсулина возрастает, тогда как чувствительность к инсулину не изменяется, уменьшается или может даже увеличиваться. На середине беременности чувствительность к инсулину начинает постепенно снижаться и ухудшается во время остальной части беременности, что является

худшим в конце третьего триместра. Он подбирается с доставкой плаценты. Поэтому ГСД обычно развивается в конце второго триместра и мгновенно исчезает. Некоторые факторы риска связаны с развитием ГСД. Наиболее распространенными факторами риска являются: ожирение, возраст старшей матери, прошлое прошлое истории ГСД, сильная семейная история диабета, член этнической группы с высокой распространенностью T2DM, синдром поликистозных яичников и стойкая глюкозурия. История доставки большого ребенка (вес при рождении ≥ 4000 г), история рецидивирующих аборт и история необъяснимых мертворождений, а также история гипертонической болезни или связанная с беременностью гипертония являются другими факторами риска для ГСД.

Женщины с ГСД имеют повышенную распространенность гипертонических расстройств во время беременности, включая гестационную гипертензию, преэклампсию и эклампсию. Существует повышенный риск полигидрамниозов, который может увеличить риск преждевременных родов. Чрезмерный рост плода остается важной перинатальной проблемой в ГСД. Последствия чрезмерного роста плода включают родовую травму, материнскую заболеваемость от кесаревых родов, плечевую дистозию и гипогликемию новорожденных. Другие болезни новорожденных, которые потенциально чаще встречаются у младенцев женщин с ГСД, включают гипербилирубинемию, гипокальциемию, эритему и респираторный дистресс-синдром. Долгосрочные осложнения ГСД включают диабет и сердечно-сосудистые заболевания у матерей, а также ожирение и диабет у потомства. Врожденные аномалии не возникают с увеличением частоты у пациентов с гестационным диабетом, поскольку ГСД обычно возникает в конце второго триместра, когда эмбриогенез завершен (12).

Отсутствует единая стратегия для скрининга и диагностики ГСД во всем мире. Первые диагностические критерии для гестационного диабета были предоставлены О'Салливаном и Маханом в 1960-х годах на основе 3-часового 100 г ПТТГ. Эти критерии были получены для выявления женщин с высоким риском развития диабета после беременности. Многие медицинские организации по всему миру следовали оригинальной работе О'Салливана и Махана и были модифицированы либо Карпенгером, либо Кустаном, либо

Национальной группой данных по диабету, хотя часто выбирали разные пороговые значения для диагностики ГСД. В марте 2010 года была создана группа экспертов IADPSG; международная консенсусная группа с представителями различных организаций акушерства и диабета, включая Американскую ассоциацию диабета (ADA), опубликовала новые рекомендации по скринингу и диагностике ГСД.

IADPSG рекомендует универсальный скрининг на гестационный диабет. При первом антенатальном визите IADPSG рекомендует скрининг беременных женщин с ГСД с использованием стандартных критериев для диагностики диабета в небеременном состоянии для выявления женщин с явным диабетом «ранее существовавший диабет». Диагноз открытого диабета может быть установлен у женщин, которые отвечают какому-либо из следующих критериев: уровень глюкозы в плазме натощак (FPG) $\geq 7,0$ ммоль / л (126 мг / дл), случайная глюкоза в плазме $\geq 11,1$ ммоль / л (≥ 200 мг / дл), или HbA1c $\geq 6,5$. При отсутствии однозначной гипергликемии диагноз должен быть подтвержден в последующий день. Подтверждение диагноза исключает необходимость OGTT. Если FPG составляет $> 5,0$ ммоль / л (90 мг / дл), но $< 7,0$ ммоль / л (126 мг / дл) в любой гестационный возраст, может быть сделан диагноз ГСД. Если раннее скрининг отрицательный, IADPSG рекомендует проводить универсальный скрининг на 24-28 неделе гестации с помощью 2-часового (h), 75-граммового ПТТГ «одношагового подхода». Диагноз гестационного диабета диагностируется, если одно или несколько значений равны или превышают пороговые значения; FPG (5,1 ммоль / л [92 мг / дл]), 1 г глюкозы в плазме (10 ммоль / л [180 мг / дл]) и 2-часовой глюкозы в плазме (8,5 ммоль / л [153 мг / дл]). Эти значения отсечения были выбраны произвольно с помощью IADPSG на основе исследования HAPO, чтобы выразить соотношение шансов для неблагоприятных исходов, составляющих по меньшей мере 1,75, по сравнению с женщинами со средним уровнем глюкозы в исследовании HAPO. ПТТГ следует проводить после голодания в течение ночи для 8-14 часов, а не уменьшая потребление обычного углевода в течение предыдущих нескольких дней (13).

В январе 2011 года Стандарты ухода за АДА одобрили рекомендации IADPSG6. Кроме того, Эндокринное общество недавно одобрило рекомендации IADPSG. ВОЗ обновила свои рекомендации в 2013 году и рекомендовала значения отсечки глюкозы для ГСД, соответствующие предложенным IADPSG

(14). Отличие от руководящих принципов IADPSG заключается в том, что новые руководящие принципы ВОЗ устанавливают диапазон уровней глюкозы в плазме для определения диабета во время беременности и ГСД. Прошлые диагностические критерии, рекомендованные ВОЗ в 1999 году для гипергликемии при беременности были те, которые использовались у небеременных лиц. Проблема, которая была проблематична с этими критериями, связана с критерием FPG, так как диагностический уровень $\geq 7,0$ ммоль / л повсеместно считается слишком высоким. Другие организации по всему миру пересматривают свои критерии для скрининга и диагностики ГСД с момента появления рекомендаций IADPSG. С другой стороны, Американская ассоциация акушеров и гинекологов (ACOG) и Национальный институт здравоохранения (NIH) не поддержали рекомендации IADPSG и по-прежнему рекомендуют традиционный «двухэтапный подход», в котором первоначальный скрининг между 24-28 неделями на 50 г теста на оральную глюкозу (GCT) и измерение концентрации глюкозы в плазме через один час. После этого диагностический 3-часовой 100-граммовый ПТТГ рекомендуется для тех женщин, которые превышают порог глюкозы $\geq 7,2$ или $\geq 7,8$ ммоль / л (130 или 140 мг / дл).

В стандартах 2014 года ADA переадресовала рекомендацию NIH вместе с рекомендациями IADPSG, поскольку недостаточно данных, чтобы продемонстрировать превосходство одной стратегии над другой (13.)

Краеугольным камнем управления ГСД является гликемический контроль. Первоначальным лечением для ГСД являются мероприятия в области образа жизни, в том числе медикаментозная терапия и ежедневные занятия. Пациенты должны регулярно проверять уровень глюкозы в домашних условиях, чтобы гарантировать достижение гликемических целей. Если гликемические цели не выполняются с этими измерениями, следует начать медикаментозную терапию.(15)

Было показано, что физические упражнения улучшают гликемический контроль у беременных с ГСД. Ежедневное умеренное упражнение в течение 30 минут и более рекомендуется женщине с гестационным сахарным диабетом, если у нее нет медицинских или акушерских противопоказаний. Консультирование пациентов с ГСД для быстрой ходьбы или выполнения упражнений на руке, сидящих на стуле, в течение как минимум 10 минут после каждого приема пищи, способствует уменьшению роста глюкозы после еды и помогает достичь гликемической цели (7).

Женщинам предписывается проводить самоконтроль глюкозы в крови (SMBG) 4 раза в день, глюкозу натощак (после пробуждения) и один или 2 часа после еды (после первого укуса еды).

В гестационном сахарном диабете мониторинг уровня глюкозы в крови после приема пищи является предпочтительным по сравнению с тестированием перед едой, поскольку риск макросомии увеличивается с увеличением уровня глюкозы в крови после еды. Это было проиллюстрировано в рандомизированном клиническом исследовании, в котором сравнивался допрандиальный мониторинг глюкозы до одного часа пост-прандиального (ПП) тестирования, а также обнаружение макросомии, родов кесарева сечения и гипогликемии новорожденных были значительно реже у женщин, которые следили за их послеобеденным питанием. Однако неизвестно, является ли одночасовое или 2-часовое ПП-тестирование идеальной целью для предотвращения риска развития плода. Таким образом, пациенты могут контролировать уровень глюкозы в один или два часа после еды, независимо от того, что удобно, или, по оценкам, максимальный уровень глюкозы в крови (6).

В настоящее время значительно увеличивается число беременных с гестационным сахарным диабетом. В этой связи используется система постоянного мониторинга глюкозы (CGMS). Это метод в постоянном автоматическом определении уровня сахара в крови во внутречеточной жидкости (16). Продолжительность исследования – 3-5 дней. Монитор автоматически измеряет сахар в крови через каждые 10 сек и 1 раз в 5 минут записывает среднее значение, 288 измерений в сутки с указанием времени, границ колебания и средних значений уровня гликемии, а также уровня гликемии за день и за весь период. Результаты измерений после компьютерной обработки могут быть представлены в виде

цифровых данных и в виде графиков. Гестационный сахарный диабет в настоящее время является одним из актуальных вопросов беременности и одной из сложных проблем в акушерстве, в связи с большим количеством неблагоприятных последствий, как для здоровья матери, так и для здоровья будущего ребенка. С каждым годом растет заболеваемость сахарным диабетом во всем мире.

В последние годы увеличивается количество женщин репродуктивного возраста с наличием сахарного диабета 1 и 2 типа планирующих беременность. Кроме того, все большее количество женщин с ожирением, метаболическим синдромом, с синдромом поликистозных яичников имеют возможность восстановить репродуктивную функцию на фоне активных методов лечения с использованием репродуктивных технологий.

В настоящее время распространенность гестационного сахарного диабета во всем мире неуклонно растет. Распространенность в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7%

По оценкам IDF, 20,9 миллиона или 16,2% живорождений у женщин в 2015 году имели ту или иную форму гипергликемии во время беременности. Около половины женщин с ГСД развивается диабет 2 типа в течение пяти-десяти лет после родов.

Гестационный сахарный диабет в свою очередь увеличивает риск возникновения сахарного диабета 2 типа, который, согласно имеющимся данным, развивается у 35% женщин через 15 лет после родов

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Течение беременности при данной патологии осложняется развитием гестоза в 25-65% случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного - 19%, паралич Эрба - 7,8%, тяжелая асфиксия - 5,3%. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных. Было проведено ретроспективное исследование по истории болезней 83 беременных женщин. В статье приведены данные ретроспективного исследования статистики беременных женщин с гестационным и прегестационным сахарным диабетом за 2018 г. по архивным материалам первая городская больница города Астаны.

Проведен математический анализ и сравнение результатов терапии.
Цель. Провести ретроспективный анализ по статистике беременных женщин с гестационным и прегестационным сахарным диабетом за 2018 г.

Материалы и методы. За время нашего исследования был проведен ретроспективный анализ истории болезней из архива 1 городской больницы, были отобраны 83 истории болезней беременных женщин с гестационным прегестационным сахарным диабетом за 2018 г. Все женщины находились под наблюдением в отделении эндокринологии 1 городской больницы города Астаны. Для проведения статистического анализа использовалась программа Microsoft Excel 2007 и программа Statistica.

Результаты и обсуждения. Были обследованы женщины от 20 до 42 лет, средний возраст которых составил $31.5 \pm 5,87$ лет. Из них у 62 (74,7%) женщины был диагностирован гестационный сахарный диабет, у 17 (20,48%) гестационный сахарный диабет впервые выявленный, у 9 (10,84%) СД1, у 10 (12,05%) СД2, у 2 (2,41%) СД MODY. Из этих беременных женщин с гестационным сахарным диабетом 6 (35,29%) в возрасте от 20-30 лет, 9 (52,94%) в возрасте 30-40 лет, 2 (11,76%) в возрасте больше 40 лет. Гестационный сахарный диабет был выявлен у 45 беременных женщин, из них 17 (37,78%) в возрасте 20-30 лет, 22 (48,89%) в возрасте 30-40 лет, (13,33%) в возрасте больше 40 лет.

Первичный анализ показал, что наибольший процент пациентов приходится на беременных с ГСД впервые выявленного типа. В основном, все пациентки – 69 (83,134,11%) находились на инсулинотерапии, но 14 (16,874,11%) женщин не получили инсулинотерапию. По статистическим данным у 9 беременных женщин было выявлен сахарный диабет 1 типа. Из них 5 (55,56%) в возрасте 20-30 лет, 4 (44,44%) в возрасте 30-40 лет. Сахарный диабет 2 типа был выявлен у 10 беременных женщин. Из них 2 (20%) в возрасте 20-30 лет, 8 (80%) в возрасте 30-40 лет. СД MODY был выявлен у 2 беременных женщин (2,41%). Миопия разных степеней из 83 беременных женщин с гестационным и прегестационным сахарным диабетом наблюдалась у 7 (8,43%), а ангиопатия сетчатки наблюдалась у 3 (3,61%).

Выводы: 1. Большинство беременных с сахарным диабетом было поставлено диагноз гестационный сахарный диабет (74,7%)

2.Чаще отмечается гестационный сахарный диабет в возрасте от 30 до 40 лет.(48,9%)

Литература:

1.В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурумкулова. Гестационный сахарный диабет - новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология, 2010, №2,

2.Ecker J. Multiple gestation and gestational diabetes mellitus (GDM). 1st World Congress: Twin Pregnancy — a global perspective. Venice 2009: 26

3.Протокол №26 «Сахарный диабет при беременности, родах и послеродовом периоде» от 18 августа 2017 года, Министерства здравоохранения Республики Казахстан

THE ROLE OF MATRIX METALLOPROTEINASE-7 AT EARLY AND LATE SEVERE PREECLAMPSIA

Ibragimova S.M.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(Sechenov University)

Annotation. Pre-eclampsia is an acute problem of modern obstetrics. This study is devoted to the study of matrix metalloproteinase-7 in preeclampsia.

Keywords: preeclampsia, matrix metalloproteinase-7, placentation

Introduction. Preeclampsia (PE) is the main cause of maternal and perinatal morbidity and mortality [1]. Clinical manifestations of PE often occur in late pregnancy, it is believed that the molecular events leading to the occurrence of this disease occur in early pregnancy and lead to inadequate placentation [2]. Recently, close attention in the development of PE has been paid to matrix metalloproteinases (MMPs), proteolytic enzymes, that degrading components of the extracellular matrix [3]. Aim. Determine the value of MMP-7 in severe pre-eclampsia with early (ePE) - up to 34 weeks of gestation and with late onset (lPE) - after 34 weeks of gestation.

Materials and methods. A prospective study of patients with severe PE (n = 31) with early (n = 15) and late onset (n = 16) was conducted. The control group consisted of women with a physiological course of pregnancy and childbirth. The ELISA determined the level of MMP-7 in the plasma of the mother. Unit of measurement - ng / ml. Counting confidence by Mann-Whitney test.

The results of their discussion. The average age of women with early-PE 37.9 with late-PE 30.3 years. About 60% of women were re-pregnant, while primiparous (35%) in both groups. Intergenerative interval was 7.9 years. Women over 40 years of age were twice as common in early-PE (early-PE 15.7%, late-PE 6.7%). Multiple pregnancies occurred in 4.5% of cases with early-PE, compared with late-PE (1.6%). BMI of more than 35 kg/m² in women with late-PE in 23.2% of cases, with a early -PE of 13.5%. Hypertension, kidney disease, PE in history occurred with the same frequency in both groups. Abnormalities in the hemostasis system were more common in the group of early-PE (6.4%) compared with the group of late-PE (2.6%). Eclampsia developed with early-PE in 6% of cases, 1.6% of cases. HELLP-syndrome develops with the same frequency with early-PE (8.7%) and late-PE (9%), and the development of HELLP-syndrome after childbirth was more often observed with early-PE (4.7%) compared with late-PE (1.6%) . In severe PE, the MMP-7 level was 5.8 ± 2.2 , in the control group, 1.6 ± 0.7 ($p = 0.0000001$). In the group of early severe PE, there was an increase in the expression of MMP-7, its value was 5.6 ± 1.8 , which is significantly higher compared with the control group of 1.6 ± 0.8 ($p = 0.00000255$). In the group of late severe PE, an increase in the level of MMP-7 to 6.0 ± 2.5 was found in the control group of 1.6 ± 0.5 ($p = 0.00000116$). When comparing early-PE (MMP-7 - 5.6) and late-PE (MMP-7 - 6.0), MMP-7 expression was not significantly different in both groups ($p = 0.61748$).

Conclusion. In this study, we demonstrated an increase in the expression of MMP-7 in early and late severe PE. MMP-7 can be chosen as a biochemical marker for severe preeclampsia. Whether the increase in MMP-7 is a compensatory defense mechanism in PE or its pathological expression leads to PE, to clarify, it is necessary to continue research in this direction.

References

- [1] Strizhakov A.N., Timokhina E.V., Ibragimova S.M., Belousova V.S., Martirosyan Ya.O., New possibilities for differential prediction of early and late preeclampsia, *Obstetrics, gynecology, reproduction*, 2018; 12 (2): 55-61
- [2] Weiss A., Goldrnan S., Shalev E. The matrix metalloproteinases (MMPS) in the decidua and fetal membranes. *Front. Biosci.* 2007; 12: 649-59

[3] Wang W., Parchim N.F., Iriyama T., et al. Excess LIGHT contributes to placental impairment, increased secretion of vasoactive factors, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. Hypertension. 2014; 63 (3): 595–606

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВПР ПЛОДА

НАО «Медицинский Университет Караганды», «ПЦ» г.Караганды
Серикбай Н.А, Омарова К.А, Батова О.В.
Научный руководитель: Копобаева И.Л

Актуальность: По данным ВОЗ, в мире ежегодно рождается 4-6% детей с ВПР, летальность при этом составляет 30-40%. Среди новорождённых частота ВПР, выявляемых в течение первого года жизни, достигает 5%. Врожденные пороки развития лидируют и в структуре причин перинатальной смертности. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что 25-30% всех перинатальных потерь обусловлены анатомическими дефектами органов. Среди мертворожденных ВПР выявляются в 15-20 % случаев. По данным МЗ РК за 2018 год - среди всех ВПР наибольший удельный вес составляет: ВПР ЦНС – 28,9 %, ВПС – 45,8% . Другие врожденные аномалии (ВПР кожи и подкожной клетчатки, скелеты и затрагивающие несколько систем)- 13,3 % и ВПР органов пищеварения 12,0%

Цель: выявить информированность о необходимости приема фолиевой среди родильниц в качестве первичной профилактики ВПР плода.

Материалы и методы. Изучены и проанализированы анкеты-опросники 70 родильниц на базе КГП «ПЦ г.Караганды».

Результаты и обсуждение. Возраст от 17 до 45 лет. Проведен анализ анкет 70 родильниц среди которых беременность была запланирована – 41% (29), незапланированная – 12% (8), желанная но не запланированная – 47% (33). Из планировавших беременность проходили обследование с целью прегравидарной подготовки 48% (14) родильниц, у кого беременность была не запланированная, но желанная – 18% (6).

Из планировавших беременности фолиевую кислоту принимали 48% (14) человек. В группе женщин где беременность желанная, но не запланированная фолиевую кислоту принимали 24% (8) человек.

Из всех опрошенных рожениц о необходимости приема фолиевой кислоты были информированы – 39 и не информированы-23. Из информированных 39 рожениц: принимали фолиевую кислоту-32, и не принимали-7. Из неинформированных 31 женщин: принимали-12, не принимали-19.

Выводы:

- Из данного исследования было выявлено, что 44% (31) рожениц не знают о необходимости приема фолиевой кислоты.
- 58%(41) рожениц вступают в беременность не обследованными и не подготовленными.
- 18% рожениц знали о необходимости приема фолиевой кислоты, но не принимали.
- Необходимо проведение ознакомительных лекции в учебных учреждениях и раздача брошюр о целях и значимости приема фолиевой кислоты в кабинетах ВОП и гинеколога, вне зависимости от того планирует ли женщина беременность или нет.

Список литературы:

- 1.Кокрановское руководство. Беременность и роды. 2010 г
- 2.Под.ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова, 2018г "Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации".
- 3.[http:// www.who.int](http://www.who.int)
- 4.[http:// www.zakon.kz](http://www.zakon.kz)
- 5.Приказ МЗРК N452 03.07.12 " О мерах совершенствования медицинской помощи беременным, роженицам, роженицам и ЖФВ«
- 6.И.С.Сидорова, В.И. Кулаков, И.О Макаров" Руководство по акушерству", Москва, 2016 г.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ БИОПСИЙ.

А.К Нугманова¹, М.И. Юлдашева².

Научный руководитель: ассистент кафедры патологии Е.А. Котов³
Медицинский университет Караганды, Казахстан

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, осложнения ябж, малигнизация язвы

Введение: По современными клинико-эпидемиологическими данными язвенная болезнь желудка среди болезней желудочно-кишечного тракта занимает одну из ведущих позиций в Республике Казахстан. Большинство морфологов, гастроэнтерологов и онкологов рассматривают язвенную болезнь желудка, как одну из и как одну из и медицинских проблем нынешнего общества, что связано с высоким уровнем жизненно опасных осложнений ведущие к инвалидизации.

Цель: изучить структуру язвенной болезни желудка по результатам эндоскопических биопсий. Провести сравнительный ретроспективный анализ взаимосвязи анатомической локализации язвенного дефекта с малигнизацией желудка в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы. Объектом исследования явились эндоскопические биоптаты края хронической язвы желудка (n-50) за 2017 год. Когорта исследования была разделена на 2 основные группы: биоптаты края хронической язвы желудка от пациентов мужского пола (Группа 1, n-32) и женского пола (Группа 2, n-18). Гистологическая подготовка материала осуществлялась по общепринятой методике с окраской гематоксилином и эозином. По итогам выполненного за 2017 год объёма морфологических исследований проведён ретроспективный анализ с ранжированием полученных данных.

Результаты и обсуждение: Наиболее часто диагностируется язвенная болезнь желудка у мужчин количество случаев 32(64%), что у женщин составляет 18(36%) случаев. Максимальная частота встречаемости отмечается в возрастной категории у мужчин от 51 до 60 лет количество случаев 10 (31,25%), у женщин от 61 до 70 лет количество случаев 7 (38,89%).

Локализация язвы занимает следующие отделы желудка: антральный отдел 22(44%) случаев, пилорический отдел 22(44%) случаев, тело желудка 4(8%) случаев, кардиальный отдел 2(4%) случаев. Малигнизация язвы желудка встречалась в 15 (30%) случаев, в возрасте от 51 до 60 лет (30%) случаев. Наиболее часто малигнизация хронической язвы желудка встречается в антральном отделе желудка, количество случаев 8(53%).

Выводы:

1. Язвенная болезнь чаще встречается в антральном и пилорическом отделах желудка (44%), у мужчин от 51 до 60 лет (31,25%).
2. Максимальная частота встречаемости малигнизации хронической язвы отмечается в антральном отделе желудка 8(53%), что совпадает с частой локализацией хронической язвы.

Заключение: Анализ половозрастного распределения ЯБ позволяет говорить о том, что заболевание встречается во всех возрастных группах начиная с 20 летнего возраста. У мужчин трудоспособного возраста (20-50лет) ЯБ встречается в 4 раз чаще, чем у женщин, что составляет соотношение мужчин и женщин с ЯБЖ 3:1. У женщин заболеваемость ЯБ возрастает после наступления менопаузы и в пожилом возрасте эти показатели сравниваются у представителей обоих полов.

Список используемой литературы:

- 1.[Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2020 гг. URL: <http://www.mzsr.gov.kz/>]
- 2.[Морфологические аспекты диагностики язвенной болезни желудка и двпк у больных хирургического профиля
ЧУОО ВО «Медицинский университет «РЕАВИЗ»2 ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1 (часть 8) – С. 1534-1538]
3. [Монтгомери, Вольтаджо: Интерпретация биопсий желудочно-кишечного тракта.
Том 1.2 - перевод с английского под редакцией П. Г. Малькова. - Москва: Практическая медицина, 2017]
4. [Тусупбекова М. М. Основы гистологической техники и методы гистологического исследования аутопсийного, операционного и экспериментального материала: Метод. рекомендации. – Караганда, 2005. – 47 с.]

V.MEDICAL EDUCATION

ҚАРАҒАНДЫ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНДЕ ОҚИТЫН ШЕТЕЛДІК СТУДЕНТТЕРДЕН ОҚШАУЛАНЫП АЛЫНҒАН МИКРОАҒЗАЛАРДЫҢ БИОФИЛЬМ ҚАЛЫПТАСТЫРУ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ОНЫҢ ВИРУЛЕНТТІЛІГІНЕ ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ

Жұмағазы Д.Е., ассистент профессора Николаева А.Б.
КеАҚ ҚМУ.

Аннотация: бұл мақала ҚМУ-нің шетелдік студенттерден оқшауланған микроағзалардың биофильм қалыптастыру қабілетін зерттеуге арналған. Зерттеу барысында микроағзалардың биофильм қалыптастыру белсенділігі мен олардың вируленттілігі арасындағы байланыс байқалды.

Түйінді сөздер: биофильм, бактерия, вируленттілік, микроағза, микроскопия.

Өзектілігі. Бүгінгі күні микроағза табиғатта жалғыз өмір сүрмейтіні, бірақ күрделі топтар мен қауымдастықтар нысанында болатыны дәлелденген. Бұл микроағзалардың тіркесімі биофильм деп аталады.[1] Қазіргі уақытта бактериялық биофильмді зерттеу өте маңызды, өйткені олар адам ағзасындағы көптеген патологиялық процестерге жауап береді.[2] Биофильмнің әсері қазір барлық созылмалы инфекциялардың кемінде 60% кездеседі.[3] Ғылыми жұмыстарының қомақтылығы мен кең спектріне қарамастан, биофильмнің көптеген қасиеттері мен механизмдері нақты белгілі емес және қосымша зерттеуді қажет етеді. Сондықтан мен осы тақырыпты ғылыми жұмысым үшін таңдауға шешім қабылдадым.

Мақсаты: ҚМУ-нің шетел бөлімінде оқитын студенттерден оқшауланған микроағзаның биофильм қалыптастырушы белсенділігін анықтау.

Зерттеуге арналған материалдар. 43 шетел бөліміндегі студенттердің мұрнының шырышты қабығынан алынған жұғынды.

Зерттеу әдістері. Микроағзаны дақылдандыру, микроскопия, биофильм қалыптастырушы белсенділік детекциясы. [4]

Нәтижелер мен талқылау. Зерттеу нәтижесінде микроағзалардың 43 штаммының биофильм қалыптастыру белсенділігі зерттелді. Зерттеуге сәйкес, штаммның тек 14% биофильм қалыптастыратын белсенділік танытты. Штаммның 28% биофильм қалыптастырудың қалыпты қабілеті бар және басқа 28% штаммда төмен белсенділік байқалды. Ал қалған 30% штамм биофильм қалыптастырушы белсенділік көрсетпеді.[1-кесте]

1-кесте. Биофильм қалыптастыратын белсенділік

Оптикалық тығыздықтың орташа мәні	Штамм саны	Биофильмде биомасса қалыптасуы
0.42	6	айқын
0.51	12	қалыпты
0.82	12	төмен
1.2	13	жоқ

Қорытынды. Зерттеуге қатысқан студенттерден оқшауланып алынған микроорганизмдердің 70% биофильм қалыптастырушы белсенділік анықтады. Ол бактериялардың антибактериальды препараттарға, жасушалық және гуморальді факторларға резистенттілігін айқындайды және микроорганизмдердің вируленттілігін анықтап, инфекцияның патогенезін күрделендіреді. Сондықтан, бұл студенттер алтын стафилококтың созылмалы тасымалдаушылары болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Бондаренко В.М. Механизмы формирования патогенности оппортунистическими микроорганизмами // Материалы II Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. М., 2010. С. 42–43

2. Бондаренко В.М. Роль условно-патогенных бактерий при хронических воспалительных процессах различной локализации. Тверь: Триада, 2011. С. 88
3. Flemming H.C. The EPS matrix: the "house of biofilm cells" // J. Bacteriol. 2007. Vol. 189. N. 22. P. 7945–7947
4. Рожко А.В., к.м.н., доцент Ю.И. Ярец, к.б.н., доцент Н.И Шевченко // Метод микробиологической диагностики посттравматической раневой инфекции. Гомель, 2015

СЕМІЗДІК СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫ ТУДЫРАТЫН ҚАУІП ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ

Жаңбыршын Аруай Құрманғазықызы, бакалавр, студент
Ғылыми жетекші: Медицина ғылымдарының магистрі
Дюсембаева Асель Серикбековна
Семей Медицина Университеті, Семей қаласы, Қазақстан

Инфекциялық емес аурулар біреуден біреуге жұқпайтын, пайда болуына әр түрлі себептер әсер ететін аурулар тобы. Олар ешқашанда денені жайлап алатын микробтардан, бактериялардан немесе басқа да тірі организмдерден пайда болмайды. Олар бір адамнан екінші адамға берілмейді. Дүнижүзілік Денсаулық сақтау ұйымының 2019 жылғы мәліметі бойынша инфекциялық емес аурулар Еуропа аймағында 86% өлім мен 77% ауру ауыртпалығын тудырады екен. Сондықтан созылмалы инфекциялық емес ауруларды тудыратын қауіп факторларын ертерек анықтау және алдын-алу, созылмалы патологияның ересек жаста дамуының алдын-алуы мүмкін [2]. Әлемдегі дамушы елдерде диабеттен азап шегушілердің саны күннен күнге көбеюде, 1995 жылғы - 84 миллионнан, ол 2025 жылы 228 миллионға дейін жетеді деген мәліметтер бар. Ал артық салмақ пен семіздік туралы айтатын болсақ олардың масштабы теңдесіз деңгейге жетті. Қазіргі таңда семіздіктің жыл сайынғы өсу екпіндері дамушы елдерде әлі де төмендейтін емес [1].

Түйінді сөздер: инфекциялық емес аурулар, қауіп факторы, студент, семіздік, Кетле индексі.

Кіріспе: Студент жастар белгілі бір жас категориясына жататын, арнайы еңбек ерекшеліктерімен және өмір жағдайларымен біріктірілген халықтың кәсіптік өндірістік тобы ретінде қарастырылуы керек. Осы факторларды ескере отырып, студенттерді ерекше топқа бөлу мақсатқа лайық [4]. Студент жастар денсаулығы күн тәртібінің дұрыс құрылмауы, тамақтану кестесінің дұрыс болмауы (белок, дәрумендер, микронутриенттер жетіспеушілігі), қолайсыз экологиялық жағдай, кейбір жайлардағы жастарға қажетті гигиеналық жағдайдың сақталмауы және оқу бағдарламалары мен сабақ кестелерінің студенттердің қабылдау ерекшеліктерін ескермей құрылуы сияқты көптеген факторлар әсеріне байланысты түрлі өзгерістерге ұшырауы мүмкін [5]. Артық салмақ немесе семіздік бұл денсаулыққа кері әсер ететін нормадан ауытқыған, артық май қорының жиналуы.

Ғылыми жобаның мақсаты: Студенттер арасындағы созылмалы инфекциялық емес ауруларды тудыратын негізгі қауіп факторы ретінде семіздіктің тенденциялары мен таралуын зерттеу. Зерттеу материалы мен әдістері: Зерттеу Семей Медицина университетінің базасында жүргізілді. Зерттеуге университеттегі барлық факультеттерден 300 студент қатысты. Зерттелушілер арасында студенттердің күнделікті күн тәртібі жайлы және физикалық жай-күйі туралы тест-сауалнамалар жүргізіліп, антропометриялық көрсеткіштер бойынша, яғни бойы мен салмағын өлшеу арқылы Кетле индексін анықтадық. Кетле индексі бойынша бағалау ДДҰ сарапшыларының ұсыныстарына сәйкес жүргізілді (1997 ж.): қалыпты дене салмағы - 18,5-тен 25 кг/м² -ге дейін, дене салмағының жетіспеушілігі 18,5 кг /м²-ден кем, артық дене салмағы 25.1-30 кг/ м² дейін, семіздік- 30,1-ден 40 кг/м² -ге дейін [3].

Зерттеу нәтижесі: Тест-сауалнама нәтижесі сұрақтарына жауап алу арқылы, зерттеуге алынған 300 студенттің тек 32%-ы, яғни 96 студент қана күнделікті күн тәртібін ұстанатын, ал, қалған 204 (68%) студент тамақ рационының құрылуына ешбір мән бермейтінің және ұнаған тағам түрлерін сапасын ажыратпай қабылдай беретіні анықталды. Бұл көрсетілген себептерді зерттеудің өзекті мәселесін құрайтын студенттер арасындағы асқорту жолдары патологиясына әсерлі факторлар ретінде қарастыруға болады.

карастыруға болады.1-ші кестеде студенттерден алынған антропометриялық көрсеткіштер бойынша орта мәнді алдық. Студенттердің физикалық дамуы бойынша, 2 кестеде көрсетілгендей зерттелушілердің 62%-ында қалыпты дене массасы, 24%-інде артық дене салмағы, 14%-да дене салмағының жеткіліксіздігі анықталды.Семіздік туралы эпидемиологиялық зерттеулер кең ауқымда жүргізілуде және бұл зерттеулердің нәтижесі көңілге қонымсыз.Артық салмақ пен семіздік осы күнге дейін табыс деңгейі жоғары елдерге тән болып есептеліп келсе, қазіргі күні табыс деңгейі төмен және орташа елдерде де таралуы артуда, әсіресе, қалаларда. Қазіргі уақытта ДДҰ халық басына шаққандағы жалпы ішкі өнім төмен және орташа шаманы құрайтын елдерде семіздік таралуының ерекше өсуін анықтауда. Дамушы елдерде артық дене салмағы бар 5 жасқа дейінгі балалар саны – 35 миллион, дамыған елдерде – 8 миллионды құрайды [6].

Кесте 1.Зерттелушілердің антропометриялық көрсеткіші.

Көрсеткіш	$(a_1+a_{n-1})/50$
Бойы, см	162,66
Дене массасы, кг	58,41
Кетле индексі, кг/м ²	21,1

Кесте 2.

Көрсеткіш	Студент саны	Пайыздық көрсеткіш
Қалыпты дене массасы	186	62%
Артық дене салмағы	72	24%
Дене салмағының жеткіліксіздігі	42	14%

Қорытынды:Студенттердің физикалық және антропометриялық көрсеткіштерінің нәтижесіне сүйене отырып, семіздік инфекциялық ауруларды тудыратын факторлардың бірі екеніне көз жеткізуге болады.Оны студенттер арасында семіздік жасының жасаруымен,студенттердің күнделікті күн тәртібін/режимін дұрыс құрмауы және уақытты дұрыс қолдана алмауымен түсіндіруге болады. Семіздік проблемасын шешу – бұл өмір сүрудің сапасы және ұзақтығына әсер етеді, аурудың және өлімнің алдын алады, семіздікпен күресуге кететін шығындарды үнемдейді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Берденова Г.Т., Қатарбаев А.Қ // Семіздікке шалдығуға әсер ететін кейбір факторларды зерттеу // Вестник КАЗНМУ, №2-2012
2. Всемирная организация здравоохранения // GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724
3. Кардангушева А. М., Эльгарова Л. В., Эльгарова А. А. // Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у студентов: распространенность и многолетние тренды // Клиническая медицины, № 2, 2013
4. Ризайдин Д.Я, Табаева А.А., // Бірінші курс студенттерінің тамақтану сипатын гигиеналық бағалау (Әл-Фараби атындағы ҚАЗҰУ студенттері бойынша) // Вестник КазНМУ №2-2017
5. Сулейменов Б.Қ., Смагулова А.А., Турысбаева Н.С., Айкешова Ж.Е., // Студент жастардың денсаулық жағдайы және оған ықпал етуші факторларға шолу // Вестник КазНМУ, №2-2015
6. Шарманов Т.Ш., Аллиярова С.Т., // Семіздік пен артық салмақтың әлемдегі және Қазақстандағы таралуының себеп-салдары // Вестник КазНМУ, №3(1)- 2014

IMPACT AND VALUE OF TEMPERAMENT AND MEMORY ON THE EDUCATIONAL ACTIVITIES IN STUDENTS

Vikram Poonia, Dinesh Kumar

General Medicine 3rd Course Student of Karaganda Medical University

Scientific adviser: Cand. of Biol. Sc., Ass. Prof., N. M. Kharissova

Karaganda Medical University

Karaganda, Republic of Kazakhstan

Relevance:-The problem, which we will discuss in our investigation, occupies humanity in favor of more than 25 centuries. Interest in this is due to the individual differences between people. The psychology of each person is different because every people have their different biological and physiological formation and development. When we talk about temperament, we mean many mental and psychological differences between people's, differences may be there emotional stability, temper, energy of action, thinking power, mental life, behavior and other activity. Temperament is the speed and strength of the processes of excitation and inhibition in the cerebral cortex. It defines not only emotionality and sensitivity, but also the style of study activity, the way of reaction and behavior. Goal of this research is to study the impact and value of temperament and memory in the educational activity of students.

Material and methods of investigation:-In this research investigation method 100 students of faculty of general medicine of KMU of Kazakh, Russian, English departments took part in the study. We used determination of temperament according test Eysenck. Using such methods, we can determine extraversion (the orientation of the personality to the outside world) and neuroticism (the result of unbalance of the processes of excitation and inhibition) properties underlying temperament. That method has 57 questions. Students should be answered "Yes" or "No". The obtained results are compared with the key, which has three scales: extroversion – introversion; neuroticism, the lie scale. Belonging to the type of temperament is detected by using a coordinate system where the results are marked on a scale of "neuroticism" and the scale "extraversion". The study of memory was carried out according to the methods described in the methodological recommendations of N.M. Kharissova.

Result:-Analysis of the results of the study showed that among the students there were 56.5% extroverts and 43.4% introverts. In the group of the extroverts were dominated choleric (50.9%) and sanguine (41.2%). Among the introverts were mostly melancholic (86.7%). Visual memory (57.3%) and motor memory (38.8%) were dominated most in the students. Choleric people are more successful in the learning process than sanguine and melancholic. They are capable of completely giving themselves to study, spending all their energy on it.

For successful academic activity of students, the teacher uses different methods, tasks, and style of teaching, corresponding to the student's temperament.

Conclusion:-These conditions direct the mobility, activity and ability to focus on the educational activities of the sanguine person. For the choleric it is necessary to create conditions that helped to overcome excitability, to concentrate attention, to realize the importance of the question for him. It is necessary to shift attention to the forthcoming activity and concentrate on studying the topic in the phlegmatic. For the melancholic must create a situation of success, distract from negative emotions, anxiety, and educate self-reliance.

So, for the best organization of the lesson, the teacher must consider the temperament of the students, what will be beneficial for the health of students.

References:

1. Essentials of Medical Physiology 6th Edition
2. Writers:- K Sembulingam
3. Prema Sembulingam
4. Guyton & Hall Textbook of Medical Physiology
5. Feinberg S. each child's temperament and nature / S. U. Feinberg // pre-school education. — 1965.- No. 2.- P. 57–62.
6. Rothbart MK Becoming who we are: Temperament and personality in development. New York: NY: Guilford Press, 2011.
7. https://en.wikipedia.org/wiki/Four_temperaments
8. http://www.psychoheresy-aware.org/images/4temp_01.pdf

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІГІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫНА ӘЛЕУМЕТТІК ЖАҒДАЙДЫҢ ӘСЕР

Орынғалиева А И

Ғылыми жобаның жетекшісі: Блялова Айнагүль Каирбековна
Қарағанды Медициналық Университеті

Кілт сөздер: Нашақорлық, жасөспірім, девиантты мінез-құлық, сән (мода), әлеуметтік жағдай

Кіріспе. Есірткіге тәуелділік барлық жастағы адамдар арасында байқалады, ішіндегі ең қорқыныштысы жасөспірімдік нашақорлық. Өйткені, ол бала туылуына және мүгедек балалардың туылуына олардың құлдырауына әкеледі. Есірткіге тәуелділіктің себептері: отбасылық қатынастың қолайсыздығы, мінез-құлқын қадағалаудың болмауы, ата-аналарының жұмысынан шектелуі, отбасының әлсіз материалдық базасы және ажырасуы.

Зерттеудің мақсаты. Жасөспірімдер арасындағы нашақорлықтың негізгі себептерін талдап, бағалау:

1. Нашақорлықтың дамуына ықпал ететін себептерді анықтау;
2. Нашақорлықтың алдын алуына бағытталған ұсыныстарды әзірлеу.

Зерттеу нысаны. Жасөспірімдер (14-17жас) Қарағанды қаласындағы №34, №32 орта мектеп

Зерттеу әдістері.

1. Статистикалық әдіс
2. Сауалнама жүргізу әдісі

Зерттеу нәтижесі.

Статистикалық әдісті қолданып, Қарағанды қаласындағы нашақорлықпен тіркелген 345 жасөспірімдерді анықтадық. Әлеуметтік зерттеуді қолдана отырып жасөспірімдердің нашақорлықтың дамуына басты себепін анықтадық. Әлеуметтік жағдайға: сабақ оқуға немесе басқада қызығушылығының болмауы, отбасындағы мәселе, жасөспірімдердің бос уақытының көп болуы, әлеуметтік нашар аудандарда тұруы; Ең алғашқы есірткіні қолдану себебі: қызығушылық, сән үшін және т.б. Жасөспірімдік нашақорлықты медико - әлеуметтік алдын алуға ұсыныс: қауіп топтарымен мақсатты жұмыс жасау, жасөспірімдермен есірткіге

қарсы іс шараларды ұйымдастыру, есіркімен күресу жолдарын үйрету, есірткі заттарының зиянды себептерін, нысандарын оқып үйрету.

Қорытынды. Осы мақалада нашақорлықтың тұжырымдамасын қарастырдық. Сауалнаманың нәтижелері бойынша, жасөспірімдердің үлкен бөлігі, отбасының әлсіз материалдық базасы және ажырасуы, қызығушылығы, сән үшін және күйзелістен арылу үшін шегетіні анықталды. Статистика әдісі бойынша Қарағанды қаласында 345 жасөспірімдерді анықтадық. Жалпы, жасөспірімдер ортасында есірткіге қарсы әрекет етудің негізгі бағыттарын қадағалап, алдын алу жұмыстарында тек жасөспірімдермен ғана емес, сондай-ақ олардың қоршаған ортасында жұмыс істеу үшін кешенді тәсілді қолдану қажет деп қорытынды жасауға болады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Жасөспірімдер арасындағы нашақорлық М,В Ломоносова 2010
2. Готчина Л.В. Жастар арасындағы нашақорлыққа алдын алу: теория, опыт перспектив. - М. Граница, 2009.
3. Бибикуев У. Оградить молодежь от беды. У. Бибикуев // Юридическая газета. - 2009. - 11 марта
4. Ю.П. Психическое здоровье детей и подростков в условиях модернизирующегося общества // Народонаселение -2008- №4- С.33-40
5. Гирфанов Р. Проблема молодежной наркомании / Р. Тиранов // Саясат. 2006. I 2. - С.36-39
6. Тулебаева Ш.А. Формирование готовности будущих учителей к деятельности по профилактике наркомании учащихся : Автореферат / И.А. Тулебаева. Туркестан, 2007. - 28 с. - Библиогр. ; С. 25
7. Дальсаев М.А. Наркомания и общество - Назрань : Пилигрим, 2009
8. Жиляев А.Г., Палачева т.и. Наркотизация как социальная и психологическая проблема // Казанский педагогический журнал 2010 №2 с 123-133
9. Шихабитов Ш.А. Тозаққа апаратын жол есірткі Махачкала Эпоха 2010
10. Пятницкая И Н Найденова Н Г Подростковая наркология м 2--2

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ НАО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАРАГАНДЫ

А.С Кубекова, магистр здравоохранения К.Е. Нукуштаева
НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация: В исследовании анализируются ценностные ориентации студентов-медиков. Предполагается, что прямое влияние на их отношение к учебному процессу и профессии в целом оказывает сложившаяся система ценностей.

Ключевые слова: жизненные ценности, студенчество, поведение.

Введение. Система ценностных ориентаций представлена, как траектория поведения индивида в рамках сложившихся представлений об общечеловеческих ценностях. Становление личности происходит под влиянием социальных детерминант, определяющих переменный набор тех или иных жизненных ценностей [1,2]. Студенчество соответствует той возрастной категории, для которой характерно осознанное формирование основных жизненных ценностей исходя из собственного первичного опыта. Ценности студента играют важную роль, так как от них зависит осуществление решений и взаимоотношений во взаимодействии с людьми. Поэтому одной из первоочередных целей получения высшего медицинского образования – не только научить и обеспечить профессиональное развитие специалиста, но и создать прочный гуманистический настрой будущего врача среди остальных ценностных параметров.

Цель. Изучить и провести сравнительный анализ ценностных ориентаций студентов НАО «МУК» разных специальностей.

Материалы и методы. Был использован социологический метод – анонимное анкетирование; проведен анализ научной литературы.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа выявлено, что ценностные ориентации студентов в большей степени основываются на «материальных ценностях» (карьера и деньги – полученная специальность поможет достигнуть богатства), затем «семейные ценности» являются второстепенными, и третью позицию среди главных аспектов в жизни занимают «наука и исследования».

Вопрос об «отношении к однокурсникам» и «мнении о материальных ценностях» отражает гуманистическую составляющую их ценностных ориентаций и преобладания ее над материальными, так как большинство респондентов выбирают соответствующие ответы – «положительное отношение к однокурсникам» и «надо проявлять гуманность, те, кто материально преуспел должны помогать и заботиться о тех, кто не преуспел».

Выводы. Социально-психологический подход к определению ценностей основывается не только в рассмотрении ценностной системы социума как внешней по отношению к индивиду системы норм и правил, а в оценке социально predetermined характера принятия ценностей личностью [3]. Таким образом, исследования ценностных ориентаций позволяют делать прогнозы относительно положительного или отрицательного эффекта траектории социального развития, т.е. подходить к установлению ценностных ориентаций как к процессу, который необходимо контролировать и вносить в него своевременные коррективы.

Список литературы:

1. Буравлева Н.А. Ценностные ориентации студентов / Н.А. Буравлева // Вестник ТГПУ. – 2011. – №6 (108). – С.124-129.
2. Бобер Е.А. Гуманизация медицинского образования как условие становления профессиональных ценностных ориентаций студентов медицинского колледжа / Е.А. Бобер // Наука и школа. – 2012. – №3. – С. 16-18.
3. Васильева, Т.В. Проблема формирования ценностных ориентаций студентов / Т. В. Васильева // Вестник Кемеровского государственного университета. 2014 – 2 (58) Т. 2. С. 87-91.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. КАРАГАНДЫ

Зекенова А.М.

научный руководитель – к.м.н., профессор Калишев М.Г.

НАО «Медицинский университет Караганды»

Аннотация: Рассматривается проблема ухудшения функционального состояния школьников в процессе обучения.

Ключевые слова: умственная работоспособность, школьники, утомление, корректурный тест, функциональное состояние.

Введение: Охрана здоровья подрастающего поколения - важнейшая стратегическая задача государства, так как фундамент здоровья взрослого населения страны закладывается в детском возрасте. Школьники являются одной из самых многочисленных и социально активных групп населения [1,2,3,4]. Как известно, учебные возможности и успехи детей школьного возраста в значительной мере зависят от функционального состояния нервной системы, их умственной работоспособности (УР) [5,6]. Интенсификация обучения, внедрение новых усложненных программ, основанных на инновационных технологиях, при резком снижении уровня двигательной активности оказывают существенное влияние на физиологическое состояние организма, вызывая его утомление [7]. Прогрессирование утомления и наступление переутомления, которое относится к патологическим состояниям, ведет не только к снижению качества усвоения информации, но и к нервно-психическим расстройствам. Поэтому раннее выявление признаков утомления и своевременная их коррекция является важным условием сохранения психического здоровья ребенка.

Цель: провести анализ годовой динамики функционального состояния школьников г. Караганды.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие в первой четверти в понедельник 13 и в пятницу 12 учащихся, в четвертой четверти в начале и в конце недели 20 учеников 11-х классов гимназии №1 г. Караганды. Умственная работоспособность изучалась с помощью корректурного теста по таблицам В.Я. Анфимова.

Тест проводился в первой и четвертой четверти в 4 этапа: 1 этап – в начале недели (в понедельник) перед началом первого урока, 2 этап - в начале недели (понедельник) перед началом последнего урока, 3 и 4 этап проводили аналогично в конце недели (в пятницу). Оценка функционального состояния (ФС) определялась по степени изменения работоспособности после второго теста по отношению к первому: уменьшилась, увеличилась или осталась без изменения.

Результаты и обсуждение: В сентябре у учащихся гимназии №1 у 84,6% учеников 11-го класса в начале учебной недели выявлены период вработывания и состояние «без изменений» (61,5% и 23,1%, соответственно). В конце учебной недели у половины учащихся (65,5%) обнаружено начало заметного утомления, а у четверти исследуемых (25%) первые признаки утомления. В мае первые признаки утомления выявлены у 45% учащихся в начале учебной недели и у 60% учащихся в конце учебной недели. Начало заметного утомления обнаружено у 45% учеников в начале учебной недели и у 25% учеников в конце учебной недели (Таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительный анализ функционального состояния учащихся гимназии №1 г. Караганды первой и четвертой четверти

Класс	День недели	Месяц	Функциональное состояние, %			
			без изменений	вработывание	появление утомления	начало заметного утомления
1	2	3	4	5	6	7
11	понедельник	сентябрь	23,1	61,5*	15,4	-
	понедельник	май	-	10,0**	45,0	45,0
	пятница	сентябрь		25,0	25,0	50,0
	пятница	май	-	15,0	60,0	25,0

Примечание: * - $p < 0,05$

Выводы: При сравнении результатов ФС между первой и четвертой четвертями выявлены достоверные отличия у учащихся 11-го класса гимназии №1, у которых первые признаки утомления превалируют в четвертой четверти в начале учебной недели в сравнении с результатами ФС, изучаемыми в первой четверти в начале учебной недели. Также установлены достоверные отличия у учащихся 11-го класса: процент учащихся с вработыванием достоверно больше в первой четверти в начале учебной недели по сравнению с результатами, полученными в четвертой четверти.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование у учащихся гимназии № 1 Караганды свидетельствует о снижении их уровня умственной работоспособности и наступлении утомления в процессе обучения.

Список литературы:

- 1.Мирская Н.Б. Сравнительный анализ состояния здоровья учащихся средних классов в зависимости от их образа жизни // Вопросы современной педиатрии. 2008. - Т. 7, № 5. - С. 11-14.
- 2.Михайлова Е.В. Здоровье детей школьного возраста на территориях с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. - № 6. - С. 25-27.
- 3.Изаак С.И., Панасюк С.И. Характеристика физического развития школьников различных регионов России // Гигиена и санитария. — 2005. — № 5. - С. 61-64.

БІРІНШІ КУРС СТУДЕНТТЕРІНІҢ ЖОО ОҚУ БАРЫСЫНА ПЕДАГОГИКАЛЫҚ МӘСЕЛЕ РЕТІНДЕ БЕЙІМДЕЛУІ

Ғылыми жобаның жетекшісі: Шинтаева Н. У. Аға оқытушы
Әлібаева А. Н.
Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті

Түйін сөздер: университет, студент, сауалнама (анкета), адаптация, ЖОО (Жоғарғы оқу орны).

Жоғары білім беру жүйесін реформалау педагогикалық ғылымның алдына оқу-тәрбие қызметінің мақсаттарын, мазмұнын, құралдары мен әдістерін ғылыми негіздеумен байланысты күрделі және жауапты міндеттер қояды. Студенттердің жоғары оқу орнында оқуға бейімделу мәселесі ерекше қызығушылық тудырады. Бірінші курс студенттерінің басым бөлігі, оқуға түсу емтихандарының нәтижелерімен, аттестаттағы бағаларымен, оқу қызметінің сапасының төмендеуімен салыстырғанда, оқушылардың бейімделуі айтарлықтай қиындықтармен өтіп жатқанын көрсетеді. Сондықтан жоғары оқу орындарының алдында бірінші курс студенттерінің жоғары оқу орнында оқуға бейімделуіне ықпал ететін жұмыстың тиімді тәсілдерін мен түрлерін, құралдары мен әдістерін іздестірудің маңызды міндеті тұр.

Зерттеу мақсаты

Медициналық университеттің бірінші курс студенттерінің оқу талаптарына бейімделу мәселелері және талдау түрлері (зерттеу нысаны Қарағанды Медициналық университеті).

Зерттеу материалдары мен әдістері

Қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін 20-30 қаңтар 2019 ж. аралығында студенттер арасында сауалнама жүргізілді – соның ішінде «Қарағанды Медициналық Университетінен» 215 бірінші курс студенттерінен сауалнама алынды. Алынған мәліметтер бойынша «Қоғамдық Денсаулық Сақтау» мамандығы бойынша – 25,8%, ал «Жалпы Медицина» мамандығы бойынша – 43,7% құрады, «Стоматология» мамандығы бойынша – 30,5% .

Жүргізілген сауалнама бойынша бірінші курс студенттерінің жартысы дерлік (47%) студенттік өмірге деген бейімделу қиынға

соққанын атап өткен. Тек 20% ғана студенттік өмірдің ерекшеліктеріне үйрену кезінде қиынға соққанын атап өткен. Ал орта медициналық білімі бар студенттер (медициналық колледж студенттері) студенттік өмірге бейімделу процесінде ешқандай кедергілер болмағанын белгілеген.

Бірінші курс студенттерінің көп жағдайда тап болатын мәселелері олар: оқу сабақтарының шамадан тыс жүктелуі (64,9%), алдыңғы дайындық деңгейінің жеткіліксіздігі (45,8 %),өзінің жоспарларын ұйымдастыра алмау (30,5%),ата-аналар тарапынан қолдаудың болмауынан (12,2%). Медициналық Университетке түсу көп студенттер үшін өміріне саналы және мотивационды шешім болып табылады. Бірінші курс студенттерінің студенттік өмірге деген бейімделу қиыншылықтары 3,1% оқуға деген талпыныстың болмауына және ерік-жігерінің жоқтығынан болған.Ал 37% сауалнама жүргізілген студенттерде ЖОО орнындағы оқу процесіне бейімделу ешқандай қиындық тудырмағанын атап өтеді.

Негізгі қиындықтар бойынша студенттер материалдың күрделілігін (45,6 %), өзіндік жұмысты орындау қажеттілігі(25,3%),дәрістерді конспектілеу қажеттілігімен 15,8% белгілейді. 9,1% сауалнама бойынша оқытушылардың дәрістерін түсінбейтіндерін атап өтті. Бірінші курс студенттерінің 42,6 % - ы олардың топта тату болғанын атап өтті, 33,5 % - ы жаңа достар тапқанын, бірақ жеке топтарға бөлінгендерін атап өтті, 12,3% - ы топтағы өзара қарым-қатынасты бір-біріне немқұрайлы қарайтынын және топтан тыс қызығушылықтарын бар-жоғын бағалады. Сұралғандардың 11,3 % сұраққа жауап беруге қиналды.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін 20-30 қаңтар 2019 ж. аралығында студенттер арасында сауалнама жүргізілді – соның ішінде «Қарағанды Медициналық Университетінен» 215 бірінші курс студенттерінен сауалнама алынды. Алынған мәліметтер бойынша «Қоғамдық Денсаулық Сақтау» мамандығы бойынша – 25,8%, ал «Жалпы Медицина» мамандығы бойынша – 43,7% құрады, «Стоматология» мамандығы бойынша – 30,5% .

Жүргізілген сауалнама бойынша бірінші курс студенттерінің жартысы дерлік (47%) студенттік өмірге деген бейімделу қиынға соққанын атап өткен. Тек 20% ғана студенттік өмірдің ерекшеліктеріне үйрену кезінде қиынға соққанын атап өткен. Ал орта медициналық білімі бар студенттер (медициналық колледж

студенттері) студенттік өмірге бейімделу процесінде ешқандай кедергілер болмағанын белгілеген.

Бірінші курс студенттерінің көп жағдайда тап болатын мәселелері олар: оқу сабақтарының шамадан тыс жүктелуі (64,9%), алдыңғы дайындық деңгейінің жеткіліксіздігі (45,8 %),өзінің жоспарларын ұйымдастыра алмау (30,5%),ата-аналар тарапынан қолдаудың болмауынан (12,2%). Медициналық Университетке түсу көп студенттер үшін өміріне саналы және мотивационды шешім болып табылады. Бірінші курс студенттерінің студенттік өмірге деген бейімделу қиыншылықтары 3,1% оқуға деген талпыныстың болмауына және ерік-жігерінің жоқтығынан болған.Ал 37% сауалнама жүргізілген студенттерде ЖОО орнындағы оқу процесіне бейімделу ешқандай қиындық тудырмағанын атап өтеді.

Негізгі қиындықтар бойынша студенттер материалдың күрделілігін (45,6 %), өзіндік жұмысты орындау қажеттілігі(25,3%),дәрістерді конспектілеу қажеттілігімен 15,8% белгілейді. 9,1% сауалнама бойынша оқытушылардың дәрістерін түсінбейтіндерін атап өтті. Бірінші курс студенттерінің 42,6 % - ы олардың топта тату болғанын атап өтті, 33,5 % - ы жаңа достар тапқанын, бірақ жеке топтарға бөлінгендерін атап өтті, 12,3% - ы топтағы өзара қарым-қатынасты бір-біріне немқұрайлы қарайтынын және топтан тыс қызығушылықтарын бар-жоғын бағалады. Сұралғандардың 11,3 % сұраққа жауап беруге қиналды.

Қорытынды:

Аталып кеткен мәліметтер бойынша мынандай қорытынға келеміз:

- 1) Бірінші курс студенттерінің жартысы дерлік (47 %) оқу сабақтарының шамадан тыс жүктелуінен,ата-аналар тарапынан қолдаудың болмауынан, өз өмірін жоспарлай алмауынан қиындықтар туындайтынын атап өтуде.
- 2) Студенттердің ЖОО оқу материалын игерудегі негізгі қиындықтар - бірінші курс студенттерінің мектептегі дайындық деңгейінің жеткіліксіздігі. Әрбір үшінші бірінші курс студенті жеке пәндер бойынша білімге тапшы, ал 8% - барлық пәндер бойынша.
- 3) Бірінші курс студенттерінің оқу бейімделуінің қиындықтары оқылатын материалдың күрделілігіне, үй жұмысты орындау қажеттілігі, конспектілеу қажеттілігіне байланысты мәселелер, дәрістерде, дәрісті жүргізген оқытушыларды түсінбеушіліктеріне байланысты проблемаларды атап өтті.

Осылайша, жүргізілген зерттеу бойынша Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің бірінші курс студенттерінің жоғары оқу орнында оқуға табысты бейімделуі және жұмысты одан әрі жетілдіру қажеттілігі үшін ҚМУ барлық құрылымдардың күш-жігерін біріктіру қажеттігін растады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. [Роджерса К. Адаптация первокурсников к обучению в ВУЗе и роль довузовской формы образования в этом процессе // Успехи современного естествознания. – 2011.]
2. [Просецкий П.А. Психологические особенности адаптации студентов нового приёма к условиям обучения в вузе / П.А. Просецкий. – М.: Педагогика, 2004.]
3. Кузина Г.П. Психолого-педагогическое обеспечение эффективности отбора абитурантов и последующей их адаптации к вузу: Дис. канд. пед. Наук / Г.П. Кузина. – Москва, 2004.]
4. [Стафеева Ю.В. Педагогическая поддержка адаптации студентов младших курсов к условиям обучения в вузе: Дис. канд. пед. Наук. / Ю.В. Стафеева. – Москва, 2006.]
5. [КРунова С.А. Социально-профессиональная адаптация студентов первого курса к условиям педагогического вуза: Дис. канд. пед. наук / С.А. Рунова. – Новокузнецк, 2000.]
6. Каткова Т.И. Социально-профессиональная адаптация студентов экономического вуза: Дис. канд. пед. наук / В.Н. Грибов. – Тюмень, 2002.]
7. рутецкий В.А. Психология обучения и воспитания школьников. Книга для учителей и классных руководителей / В.А. Крутецкий. – М.: «Просвещение», 2005.]
8. [Хинчин А.Я. Педагогические статьи / А.Я. Хинчин. – М.: Изд-во АПН РФ, 2002.]
9. [Аубакирова Р.Ж. Исследование процесса влияние социальной адаптации личности, с учетом социальных, возрастных и индивидуальных её особенностей, как носителя статуса студента / Р.Ж. Аубакирова. – М.: Наука, 2003.]
10. [Асеев В.Г. Теоретические аспекты проблемы Адаптация учащихся и молодежи к трудовой и учебной деятельности адаптации / В.Г. Асеев – Иркутск, 2002.]

ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Сәтбекова А.А.

Ғылыми жұмыстың жетекшісі: Жакетаева Н.Т.

Қарағанды Медицина Университеті, Қарағанды, Қазақстан.

Бұл жұмыс жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың алдын алуға арналған. Жастарға жыныстық жолмен берілетін инфекциялар және олардың алдын алу жолдары жайлы толық ақпарат беру қарастырылады.

Кілт сөздер: ЖЖБИ, ЖИТС, профилактика, инфекция, контрацепция.

Кіріспе. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (ЖЖБИ) бұл жыныстық қатынас кезінде берілетін ауру. Қазіргі заманғы ЖЖБИ классификациясы бойынша оның құрамына келесі індет түрлері кіреді, олар венерологиялық аурулар (мерез, соз), жыныстық қатынас арқылы берілетін вирустық инфекциялар (ЖИТС, гепатит В, С), протозой инфекциялары (трихомониаз), жаңа бактериялық инфекциялар (хламидиоз, микоплазмоз), паразиттік инфекциялар (педикулез). Көп жағдайда ЖЖБИ ағымы симптомсыз өтетіндіктен, соңғы уақытта ауру пандемиялық сипатқа ие. Сонымен қатар індеттің жаппай таралуының себебі жыныстық өмірдің ерте басталуымен, ЖЖБИ-ден қорғанудың қарапайым әдістерін пайдаланбау, жыныстық серіктестің жиі ауысуымен тығыз байланысты.

ЖЖБИ репродуктивті денсаулыққа айтарлықтай қауіп төндіреді, өйткені бедеуліктің дамуының, жүктіліктің асқынуының және түсік тастаудың себебі болып табылады. Жыныстық ағзалардың созылмалы қабыну процесі адамның иммун тапшылығы вирусын жұқтыру мүмкіндігін арттырады.

ЖЖБИ-мен қатар АИТВ-инфекциясы аурушаңдығының төмендеуі көбінесе жастардың осы инфекциялар туралы білімдеріне, олардың таралу жолдарына, жыныстық қатынаста болған кезде ЖЖБИ-дан қорғану құралдарын пайдалануға, жеке гигиена ережелерін сақтау, контрацепция құралдарын пайдалану білігі мен дағдыларына байланысты.

Мақсаты. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың алдын алу жолдарын көрсету, жастардың ЖЖБИ туралы қаншалықты ақпарат білетінін анықтап, сауаттылығын арттыру.

Материалдар мен зерттеу әдістері.

Әдеби көздерге шолу және талдау. Жастардың ЖЖБИ жайлы қаншалықты ақпараттанғанын тексеру мақсатында Қазақстанның бірнеше өңіріндегі жоғарғы және орта-кәсіптік білім беру оқу орындарының студенттері арасында онлайн сауалнама.

Жұмыстың нәтижелері мен оны талдау.

Сауалнама 19 сұрақтан құралған, алғашқы 7 сұрақ зерттелуші жайлы жеке ақпарат алу, 12 сұрақ жалпы ЖЖБИ туралы білімін тексеру мақсатындағы сұрақтар.

Сауалнамаға жоғары оқу орындарынан - 63 студент, орта-кәсіптік білім беру мекемелерінен - 5 бала қатысты. Оның 21(30,9%) - ер адам, 47(69,1%) - әйел адам. Сауалнамаға қатысқандардың ішінде гинеколог (уронолог) қарауында болмағандар 38 адам, яғни 55,9% құрайды. Бұл көрсеткіштен біз зерттелушілердің өздерінің репродуктивті денсаулығына көңіл бөлмейтінін байқадық.

Зерттелушілердің 91,2% жыныстық қатынаста болмаған, қалған 8,8% жыныстық қатынасқа түскен және де жыныстық өмірді ерте 14 жастан бастағандар кездеседі.

Сауалнамаға қатысушылардың 14,7% контрацепция құралдарын білмейтінін білдірсе, 85,3%-ы контрацепция құралы ретінде мүшеқап пен гормональдік дәрілік препараттарды көрсетті.

ЖЖБИ туралы ақпарат білмейтін зерттелушілер 11,8% құрады.

Сауалнамаға қатысқандардың 63,2% ЖЖБИ жайлы ақпаратты медицина қызметкерлерінен алса, 32,4% Бұқаралық ақпарат құралдары арқылы ақпараттанған.

Зерттелушілердің 73,5% қоғамдық дәретхананы пайдалану арқылы, 42,6% жанасу арқылы, 35,3% сүйісу, сілекей арқылы, 16,2% жөтел, түшкіру арқылы АИТС(СПИД) жұқтыру мүмкін деп есептейді.

ЖЖБИ жұқтыру мүмкіндігіне қатысты мәселелерді талқылау қажеттілігі туындаған жағдайда

Сауалнамаға қатысушылардың 10,3% ата-ана, туыстармен, 13,2% мұғалімдермен, 10,3% өзінің жыныстық серіктесімен, 64,7% медицина қызметкерлерімен, 23,5% құрдастарымен ЖЖБИ жұқтыру мүмкіндігіне қатысты мәселелерді талқылау қажеттілігі туындаған.

Презерватив ЖЖБИ,ЖИТС қорғай ала ма деген сұраққа зерттелушілердің 67,6% иә ,13,2% жоқ қалған бөлігі жауап беруге қиналамын деген жауапты таңдаған.

Презерватив қажетсіз жүктіліктен қорғай ала ма деген сұраққа иә деп 77,9%,жоқ деп-10,3%,жауап беруге қиналамын деп 11,8% жауап берген.

Қорытынды.

Жаһандық және біздің тәжірибеміз жастар арасында ЖЖБИ және оның профилактикасы жайлы ақпараттануы жеткілікті деңгейде емес екенін көрсетті. Адамзат өмірінде отбасы және мектеп институты маңызды орын алатындықтан санитарлық ағарту жұмыстарын мектеп қабырғасынан бастап жүргізу қажет. Сонымен қатар ата-аналармен арнайы осы тақырып бойынша семинар өткізіп, ата-ана және бала арасындағы байланысты арттыру маңызды.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1.Әміреев С.Ә, Темірбеков Ж.Т. Эпидемиология. Т.1. Жалпы эпидемиология. – Алматы: Ғылым, 2000.-551 с.
- 2.Әміреев С.Ә., Момынов Т.Ә., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Жұқпалы аурулардың стандарттық анықтамасы және атқарылатын шаралар алгоритмдері. 1 т. Алматы, 2009.
- 3.Власов В.В. Эпидемиология: учебное пособие. – 2-е изд. - М., 2006.
- 4.Иммунопрофилактика инфекционных болезней: Учебно-методическое пособие. – Алматы, 2001.
- 5.Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Эпидемиология.- М.:Медицина, 2003.

БІЛІМ АЛУШЫЛАР АРАСЫНДА СКОЛИОЗДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Махмудова Розалина Дилмуратқызы
Ғылыми жетекшісі: Бердалиева Ляззат Сағаталиевна –аға оқытушы
"Астана медицина университеті" КеАҚ

Аннотация: Ғылыми жұмыста білім алушылар арасындағы сколиоздың таралуына жіті назар аударылған. Себебі, сколиоздың ауыр түрлері кезінде еңбек ету қабілетінің өмір сүру ұзақтығын азайтуға және мүгедектікке әкеп соқтыратын ағзаның маңызды жүйелеріндегі елеулі бұзылулардың пайда болуымен түсіндіріледі. Сколиоз- бұлшық ет жүктемесінің жеткіліксіздігінен, дұрыс емес позицияда дененің тұрақты болуы салдарынан дамиды. Сондықтан, бұл зерттеу жұмысы білім алушылар арасында жүре пайда болатын сколиоздың үлесін анықтап көрсетуге мүмкіндік береді.

Кілтсөздер: Сколиоз, омыртқа деформациясы, омыртқалық ауырсыну,

пассивті қозғалыс, мануалды терапия, сколиоз көріністері.

Кіріспе: Медициналық практикадағы өзекті мәселелердің бірі - сколиоз немесе омыртқаның қисаюы. Сколиоз-омыртқаның бүйірлік деформациясы, осы кезде омыртқа тік оське айналады. Ал оның алдын алу өте маңызды болып саналады.

Жұмыс мақсаты: Білім алушылар арасында сколиоздың таралу өрісін анықтау және осы аурудың алдын алу бойынша ұсыныстар жасау.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу жүргізу үшін "Астана медицина университеті" КеАҚ білім алушылары зерттеудің негізгі нысаны (N=200) ретінде алынды, зерттеу әдісі сауалнама болып табылады.

Нәтижелері: "Астана медицина университеті" КеАҚ білім алушылары арасында жүргізілген зерттеу нәтижелері бойынша келесі жауаптар қарастырылды: сколиоздың көп саны 17-21 жас аралығында байқалады. Зерттеуде сколиоздың 33% ерлерде , 67% әйелдерде бар екендігі анықталды. Ұсынылған жауаптарда көптеген білім алушыларда "Сколиоз" ауруы туралы түсінік бар екенін , сондай-ақ орындықтарда партада отырғанда дененің жағдайы 59% көлбеу жағдайда, 18% сүйеніп отыратыны белгілі болды, қалған 23% түзу отыратынын сипаттап жауап берген. " Омыртқаның бел

бөлігіндегі ауырсыну сезімдері сізді мазалайды ма?" деген сұраққа респонденттердің арасында жауаптар былай бөлінді:"иә"-48%,"жоқ"-19%,"кейде"-33%. Сауалнамаға қатысқан білім алушылардың жартысында отырған сәтте мойын бөлімінде ауырсыну байқалады. Талдау көрсеткендей, біз зерттеген білім алушылардың 58% - ы 2-ден 4 сағатқа дейін пассивті демалыс өткізеді, 42%-ы демалысқа 2 сағаттай ғана уақыт бөледі. Респонденттердің басым бөлігі олардың жұмыс орны дұрыс ұйымдастырылған деп жауап берді. Келесі сұраққа білім алушылардың 72%-ы омыртқадағы ауырсынудың мазалайтынын, қалған 28%-ы кейде мұндай мүмкін екендігін растайды.

Қорытынды: Зерттеу нәтижесінде 1-3 курс студенттерінің сколиоз белгілері көп екені нақтыланды. 59% 1 курс, 30% 2 курс, 11% 3 курс студенттері екені анықталды. Одан әрі асқынуды алдын алу үшін бірнеше ережелерді сақтау қажет: салауатты өмір салтын ұстану және дене жүктемелеріне көңіл бөлу, белсенді демалуға уақыт табу, пайдалы заттарға бай азық-түлікпен тамақтануға тырысу.

Сколиозбен қыздар ер балаларға қарағанда 9 есе жиі зардап шегеді. Медициналық статистиканың мәліметтері бойынша жасөспірімдердің 10% - да омыртқа бағанасының қисаюуы орын алады. Сондықтан ортопедтер сколиозды тірек-қимыл аппаратының барлық патологиясы арасында бірінші позициялардың біріне сенімді түрде қояды. Сколиозды емдеу өзара байланысты үш бөлімнен тұрады: омыртқаның қисайған бөлігін жұмылдыру, деформацияны түзету және қол жеткізілген түзету жағдайында омыртқаның тұрақтануын қадағалау. Омыртқаның деформациясын түзету үшін мануалды терапия әдісі өте тиімді. Сколиозды емдеуде емдік әсердің маңызды бұлшықеттерді қалпына келтіру болып табылады. Әрбір емделуші үшін арнайы жаттығуларды орындау жеке және сколиоздық көріністердің сипатына байланысты емдік нәтиже көрсетуге болады.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Аубакиров А.Б., Жаналиева М.К.. Атлас «Адам анатомиясы» Астана: Сарыарқа БҰ, 2008. — 528 бет
2. Большая медицинская энциклопедия том 23 стр. 386-389.
3. В.М.Чепой «Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника» Москва. «Медицина» . 1978 ..281стр
4. В.Я.Фищенко, Г.Ф. Мартыненко., В.С.Шаргородский., В.А.Швец «Крнсервативное лечение остеохондроза позвоночника» Киев. «Здоровья». 1989.. 165стр
5. Дебора С. Ромайн., Даун Е.Девитт., «Победи боль в спине» Москва . «Астрель» 2004. 490стр.
6. Е.В.Подчуфарова., Н.Н.Яхно.. «Боль в спине» Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2010. 356стр
7. И.С.Красикова .. «Сколиоз. Профилактика и лечение» Санкт-Петербург «КОРОНА-Век» 2007. 183стр.
8. И.С.Красикова «Осанка. Воспитание правильнй осанки лечение нарушений осанки» Санкт-Петербург «КОРОНА-Век» 2007. 169стр.
9. Ишал В.А., Изаак А.П. Метод производства и графического анализа фронтальных рентгенограмм позвоночника при сколиозе. Методические рекомендации. Омск - 1974.
10. Котешева И.К. Оздоровительная методика при Сколиозе
11. Р.Л.Гэлли., Д.У.Спайт., Р.Р.Симон «Неотложная ортопедия. Позвоночник.» Москва. «Медицина» 2003. 427стр.
12. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. сколиозы, кифозы. М."Медицина",1973, 75.
13. Hueter F. Atiologie und Mechanic der Skoliose. Verhandlungen der Deutschen Orthopadischen Gesellschaft. 21 Congress. Berlin,1927,s157

МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Е.Е. Заскалько, старший преподаватель Н.Ф. Сайфулина
НАО Медицинский университет Караганды

Аннотация. Своевременная профилактика диабета снижает социально-экономическое бремя болезней в обществе. Для измерения знаний людей очень важно наличие достоверного и точного инструмента, такого как вопросники. В исследовании мы попытались разработать блиц версию анкеты для измерения медицинской грамотности (МГ) по вопросам сахарного диабета.

Ключевые слова. Сахарный диабет, профилактика, медицинская грамотность, студенты.

Введение. Сахарный диабет, являясь социально значимым заболеванием [1], требует более глубокого изучения факторов риска возникновения и разработки новых программ первичной профилактики. МГ в вопросах сахарного диабета среди условно здорового контингента может выступить показателем эффективности проведенных мер по предупреждению данного заболевания.

Целью исследования является изучение МГ по вопросам сахарного диабета среди студенческой молодежи.

Материалы и методы. Использован социологический метод. Анкета разработана на основании изученных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты и обсуждение. В анонимном анкетировании приняли участие студенты вузов КарГТУ и НАО Медицинского университета Караганды. Предполагается, что для оценки осведомленности о сахарном диабете и определения уровня МГ необходимо включить семь доминант, например, основные факторы риска, общие симптомы, осложнения, необходимость соблюдения диеты, методы контроля и наличие достоверных источников информации [2]. Существует вероятность, что источники получения информации влияют на МГ студентов разного профиля. Студенты-медики в большей степени получали информацию от «Родственников и друзей» (31%) и «Учебной литературы» (23,1%), студенты технического профиля выбирают варианты «Родственники, друзья»

(51,6%) и «Интернет» (16,3%). Соответственно, полученная через разные источники медицинская информация, ее полнота, приемлемость для понимания, общедоступность, повлияли на уровень знаний о сахарном диабете в целом.

Выводы. Поскольку не разработано единого инструмента для измерения МГ, необходимо вести дополнительные разработки в данной области. Полученные данные свидетельствуют о значимых различиях в понимании респондентов сущности сахарного диабета.

Список литературы

1. Баськова А. И. Сахарный диабет как социально значимое и как психосоматическое заболевание // Символ науки. – 2016. – № 5-3. – С. 186-187.
2. Budhathoki SS, Pokharel PK, Jha N, Moselen E, Dixon R et. al. Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal // international health. – 2019. – Vol. 11, №1. – P.15-23. DOI: 1093/inthealth/ihy090
3. Soltanian AR, Borzouei S, Afkhami-Ardekan M. Diseases Research Center, Sch. Design, developing and validation a questionnaire to assess general population awareness about type II diabetes disease and its complications // Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. – 2017. – P.39–43.

VI.SURGERY

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Э.Р. Ташметов, А.А. Шабанов, И.Ф. Рустамбек
Медицинский Университет Караганды
Кафедра травматологии и ортопедии

Аннотация. В статье представлен клинический случай лечения больного с замедленной консолидацией перелома н/3 левой голени малоинвазивным способом костной пластики, разработанным на базе ОЦТиО имени профессора Х.Ж.Макажанова.

Введение. Замедленная консолидация переломов является проблемой современной травматологии, так как лечение заболевания связано со значительными временными и материальными затратами.

Цель. Привести результат хирургического лечения медленно консолидирующихся переломов костей голени на примере больного П, 49 лет.

Материалы и методы. Больной П, 49 лет, поступил в ОЦТиО имени Макажанова в октябре 2017 г с диагнозом: закрытый перелом н/3 левой голени со смещением. Несмотря на удовлетворительное стояние отломков в аппарате Илизарова, на осмотре через 8 месяцев движения в области перелома качательные. Выставлен диагноз: Замедленная консолидация перелома. Состояние после ВКДО (2017г.) Принято решение провести костно-пластическую операцию, направленную на усиление остеогенеза.

Результаты и обсуждение. Через 4 месяца после операции на R-грамме левой голени выраженный костный регенерат. Аппарат снят, наложена гипсовая повязка. Через 6 месяцев больной чувствовал себя удовлетворительно, передвигался самостоятельно, с полной нагрузкой на обе нижние конечности с неизменной походкой.

Выводы: Применение в лечении больного с замедленной консолидацией перелома н/3 левой голени малоинвазивной костно-пластической операцией привело к более скорому выздоровлению и реабилитации.

Ключевые слова: замедленная консолидация перелома, костно-пластическая операция.

Список литературы:

1. Горидова Л. Д., Романенко К. К. Несращения плечевой кости (факторы риска)//Ортопед., травматол. и протезир.-2000.-№3
2. Романенко К.К. Діафізарні переломи довгих кісток, що не зрослися (чинники ризику, діагностика, лікування), 14.01.21// Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків. – 2002
4. Маланин Д.А., Писарев В.Б и др. Осложнения при лечении переломов (замедленно срастающиеся и несросшиеся переломы, ложные суставы), Волгоград, 2007
5. Гюльназарова С. В., Трифонова Е. Б., Кучиев А. Ю. Ремоделирование кости при экспериментальном остеопорозе под воздействием различных режимов гипербарической оксигенации // Гипербарическая физиология и медицина. 2005. № 2
6. Юмашев Г.С. «Травматология и ортопедия». М. Медицина, 1977
7. Макишев О. М., Сагинов А. М., Елеуов К.А. Способ лечения несросшихся переломов и ложных суставов костей голени, 1991г, RU2065292C1

ВЫБОР ВИДА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НА ОДИНОЧНОСТОЯЩИЕ ЗУБЫ.

Жилкибаева Ж.Б¹., Кейс С²., ассистент¹, студентка 5 курса²
АО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан

Аннотация: Клиническая картина при одиночностоящих зубах усугубляется в связи с их конвергенцией, поэтому выбор оптимального вида кламмера и правильного расположения стабилизирующей и ретенционной частей кламмера повышают фиксацию и стабилизацию бюгельных протезов.

Ключевые слова: опорно-удерживающие кламмера, одиночностоящие зубы, стабилизация, бюгельный, поднутрение.

Введение. Выбор вида кламмера для одиночностоящих зубов, с различным их положением в зубной дуге, является ключевым

моментом при обеспечении стабилизации бюгельного протеза в горизонтальной, трансверзальной и сагиттальной плоскостях [3].

Цель: выбрать вид опорно-удерживающего кламмера на одиночностоящие зубы для рациональной стабилизации бюгельного протеза. рациональной стабилизации бюгельного протеза.

Материалы и методы исследования: нами выбрано три вариации опорно-удерживающих кламмеров 12 пациентам по следующим принципам: стабилизация протеза в горизонтальном направлении за счет плотного охвата и жесткости опорной части плеча, на протяжении от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ длины.

Ретенционная часть плеча в десневой части зуба зависит от глубины поднутрения. При глубине поднутрения 0,75 мм на зубе с наклоном, плечо кламмера толстое и короткое; опорная и ретенционная части занимают по $\frac{1}{2}$ длины кламмера [3]. При глубине поднутрения в 0,25 мм ретенционная часть плеча длинная, ближе к апроксимальной поверхности [2], утончается к кончику; пружинящие свойства выше в трансверзальном направлении. Полу жесткая часть плеча располагается в точке пересечения с межевой линией [2] Результаты и их обсуждение: учитывая все параметры, нами был применен кламмер Аккера на одиночных молярах, наклоненных в мезиальную сторону с глубиной поднутрения в 0,25 мм (41,6%). Оклюзионную накладку располагали с дистальной стороны окклюзионной поверхности, плечи направляли в мезиальную сторону. При глубине ретенции 0,75 мм применен кламмер с плечом-шпилькой (33,3%). В трех случаях (25%) с глубиной поднутрения в 0,5 мм использовали кольцевой кламмер с двумя накладками, для жесткости и хорошей стабилизации [1].

Выводы: Результат эффективной стабилизации бюгельного протеза с одиночностоящим зубом при использовании различных видов опорно-удерживающего кламмера зависит от степени наклона зуба и глубины поднутрения.

Заключение: стабилизирующая часть плеча, обеспечивает устойчивость протеза в горизонтальном направлении. Ретенционные части плеча, располагаясь как можно дальше от вертикального экватора, ближе к апроксимальной поверхности обеспечивают устойчивость в трансверзальной и сагиттальной плоскостях. [2].

Список литературы:

1. Загорский В.А., Перекрывающие протезы // Бином, 2012. –С.32-216.
2. Жулев Е.Н., Частичные съемные протезы. Теория, клиника, лабораторная техника // МИА, 2011. –С 201-232.
3. Наумович С.А., Иващенко С.В., Пархамович С.Н., Ортопедическая стоматология // Часть 1. Минск, 2013. –С 263-273.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Пузырина Янна Владимировна, Нурсеитова Дария Айдаровна
3 курс, факультет «Стоматология»

Научный руководитель – Туремуратова Дамира Толеубаевна магистр
медицинских наук, ассистент профессора
кафедра внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет
Караганды»

Аннотация. Мы оценили особенность состояния зубов у пациентов с низкой минеральной плотностью костной ткани, соответствующей остеопорозу. Нами определено достоверное отличие влияния низкой МПКТ на уровне шейки бедренных костей на развитие вторичной частичной адентии.

Ключевые слова: остеопороз, вторичная адентия, минеральная плотность костной ткани, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия, Т-критерий.

Введение. Остеопороз – метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и как следствие переломами при минимальной травме. [1,2] Вследствие высокой распространенности остеопороза во многих странах мира, заболевание признано серьезной проблемой общественного здравоохранения на мировом уровне. Ранняя диагностика признаков остеопороза является ключевым вопросом для выявления лиц с высоким риском перелома и назначения эффективного лечения.

Цель. Оценить особенности состояния зубов у пациентов с низкими значениями минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 310 человек различной этнической принадлежности, проживающие в Карагандинской области, в возрасте 30 - 74 лет. Критериями исключения явились лица имеющие заболевания эндокринной системы, хроническую печеночную и почечную недостаточность, синдром мальабсорбции, а также лица, принимающие глюкокортикоидные препараты более 3-х месяцев.

Сбор клинических данных проводился методом анкетирования, осмотра ротовой полости. МПКТ на уровне поясничных позвонков L1-L4 и шейки бедренных костей оценивалась с помощью двухэнергетической рентгеновской денситометрии (DXA–dualenergy X-ray absorptiometry), результат выражался в единицах стандартных отклонений (SD). Оценка изменений МПКТ осуществлялась по Т-критерию: $> -1,0$ SD – норма; от $-1,0$ до $-2,5$ SD – выраженная тенденция к снижению костной массы; $\leq -2,5$ SD – низкая МПКТ. [3] Статистический анализ результатов исследования проводили на персональном компьютере с использованием программ IBM SPSS Statistics 22.0, Microsoft Excel. Анализ данных проводили при уровне значимости $\alpha = 95\%$.

Результаты и обсуждение. На уровне поясничных позвонков L1-L4 нами определена низкая МПКТ соответствующая Т-критерию $\leq -2,5$ SD у 62 лиц, что составило 20% от общего количества обследованных лиц. На уровне шейки бедренных костей низкие значения МПКТ отмечены у 111 человек – в 36% случаев. Средний возраст обследуемых составил $55 \pm 9,7$ лет. Нами констатированы достоверные отличия по влиянию низкой МПКТ на уровне шейки бедренных костей на развитие вторичной частичной адентии ($\alpha = 95\%$). [4,5] При этом достоверное влияние гендерного фактора на патологические состояния полости рта получено не было. При расчете относительного риска и отношения шансов развития вторичной адентии на фоне низкой МПКТ получены следующие результаты: адентия 1 зуба (ОШ 1,5; ОР 1,8 (95% ДИ 0,2; 2,3)), 2-х зубов (ОШ 2,5; ОР 2,9 (95% ДИ 1,02; 4,5)).

Выводы. Таким образом, показатели двухэнергетической рентгеновской денситометрии указывали на наличие остеопороза на уровне поясничных позвонков L1-L4 у 20% лиц, на уровне шейки бедренных костей в 36% случаев. [7] Пациенты с низкой МПКТ имеют в 2,5 раза выше шанс и в 2,9 раза выше риск частичной

вторичной адентии чем лица с нормальной плотностью костной ткани. [6]

Заключение. Учитывая полученные нами результаты исследования, мы можем предположить, что вторичную частичную адентию можно предотвратить путем ранней диагностики минеральной плотности костной ткани и своевременным лечением остеопороза.

Список литературы:

1. Consuelo H Wilkins. Osteoporosis screening and risk management. Clin Interv Aging. 2007 Sep; 2(3): 389–394.
2. Lim Y, Jo K, Ha HS, Yim HW, Yoon KH, Lee WC, Son HY, Baek KH, Kang MI. The prevalence of osteoporosis and the rate of bone loss in Korean adults: the Chungju metabolic disease cohort (CMC) study. Osteoporos Int. 2017 Apr;28(4):1453-1459.
3. Schousboe J.T., Bilezikian J.P., Baim S. (2013). Executive Summary of the 2013 ISCD Position Development Conference on Bone Densitometry. JClin.Densitom, № 16, p. 455-66.
4. Дмитриева Л.А. Состояние тканей пародонта у пациентов с системным остеопорозом /Л.А. Дмитриева, В.Г. Атрушкевич, У.Я. Пихлак // Стоматология.– 2006.– № 5.– С. 17-19.
5. Комсова Н.А. Сравнительный клинико-рентгенологический и морфологический анализ механизмов повреждения костной ткани альвеолярного отростка челюстей при различных вариантах развития генерализованного пародонтита (сообщение 2) / Н.А. Комсова, А.М. Политун, Н.В. Комсова // Современная стоматология.– 2008.– № 2.– С. 67-72.
6. Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта / И.П. Мазур, В.В. Поворознюк // Современная стоматология.– 2000.– № 2.– С. 32-36.
7. Туремуратова Д.Т., Тайжанова Д.Ж. (2018). Прогностическое значение факторов риска остеопороза у женщин. Вестник Казахского Национального медицинского университета, №1, стр.32-36.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ МОДЕЛИ БИОНИЧЕСКОЙ КИСТИ

Блинова Валерия Алексеевна

Студент

Чучалина Юлия Александровна

Студент

Наймушина Алла Геннадьевна

Доктор медицинских наук

«Тюменский индустриальный университет», Тюмень, Россия

Аннотация

В статье ставится задача проектирования модели бионической кисти эстетического вида. В результате анализа рынка аналогов, анкетирования, проведения ампутаций кисти руки был сделан вывод, что в России требуется большое количество протезов. Главное достоинство проектируемого протеза – легкость, простота в использовании и эстетический вид.

Ключевые слова

Проектирование, бионический протез, эстетический вид, кисть, искусственная рука, ампутация.

Введение

В современном мире достаточно остро стоит проблема замены поврежденных или потерянных конечностей бионическими аналогами. Уже сейчас люди с искусственными ногами и руками часто могут подниматься по лестнице, ходить, плавать и бегать так же хорошо, как если бы они использовали естественные конечности. Однако, необычный вид протезов зачастую отталкивает окружающих людей, доставляя неудобство и дискомфорт их обладателям.

Цель проекта

Целью проекта становится создание модели бионической кисти, выполняющей эстетическую и элементарную механическую функции.

Результаты и обсуждения

Причиной ампутации конечностей в 48 % случаев является травма (бытовая, производственная, огнестрельные ранения), в 42%—сосудистые заболевания, в 10%—опухоли и врожденные деформации.

Показаниями к резекции и ампутации кисти являются ишемические гнойно-некротические поражения пальцев с вовлечением тканей кисти. В зависимости от объема поражения производят краевые и секторальные резекции кисти, ампутации кисти на уровне пястных костей. Возможны атипичные схемы резекции и ампутации кисти с целью сохранения ее функции. Показанием к экзартикуляции кисти является сухая или влажная гангрена кисти. Линия усечения и возможность сохранения той или иной кости запястья зависит от жизнеспособности мягких тканей в зоне ампутации. В случаях вынужденного удаления костей запястья шиловидные отростки лучевой и локтевой костей резецируют. Культю формируют лоскутным способом. [1]

В России ежегодно требуется больше 60 тысяч протезов рук, а производится в семь раз меньше. Дорогая импортная продукция проблемы не решает: протезом сейчас снабжен только один из пяти российских безруких.

В России настоящих производителей почти нет: фирмы-установщики покупают у иностранцев комплектующие, собирают из них протез и устанавливают его. Так, например, работают Санкт-Петербургское протезно-ортопедическое предприятие, ФГУП «Вологодское протезно-ортопедическое предприятие». [3]

Нами было проведено анкетирование. Была создана google форма, где были заданы 6 вопросов. Опрашиваемым нужно было указать свой пол, а также измерить пять параметров своей руки, а именно: длина ладони + средний палец, ширина ладони, длина большого пальца, длина безымянного пальца, длина ладони без учета пальцев. В нашем исследовании измерения проводились стандартным простейшим измерительным инструментом – линейкой. В дальнейшем именно по этим параметрам мы будем моделировать бионическую кисть.

По итогам анкетирования было получено 97 ответов, где 44 являются женскими, а 53 мужскими. Таким образом, на основании полученных данных было выведено два основных размера для мужской и женской руки, по которым будут смоделированы бионические протезы. Так как большие отклонения от среднего значения имеют место быть, нами было принято решение – моделировать сразу же три размера протеза: мужской, женский и «специальный», значение для которого было выведено с учетом стирания границ полового диморфизма.

Материалы и методы

Методом создания бионической кисти является моделирование в программе "Solid Works 2018", непосредственная печать на 3D принтере и сборка. Свой функционал бионическая кисть будет выполнять при помощи шарниров, замещающих функцию связок и сухожилий.

Функция кисти складывается из трех элементов. Вытянутая вперед рука, открытая, с прямыми пальцами служит лопатой, совком; согнутые пальцы — крючком, щипцами; более сложная функция — захват. При выполнении захвата человек в зависимости от цели движения, от характера объекта (размер, вес, форма, консистенция) образует из кисти каждый раз новый механизм. Захватывание и удержание предметов;— сложный двигательный акт. Точность, прочность захвата осуществляются не только всеми отделами кисти — пальцами, пястью, запястьем, но в значительной мере зависят от функции надплечья, плеча, локтя, предплечья. Предполагается, что функцию захвата человек, лишенный кисти, будет выполнять самостоятельно, т.е. при помощи сгибания и разгибания «искусственных» пальцев, фаланги которых между собой будут соединены шарнирами. Весь протез будет состоять из прочного, легкого материала и обтянут силиконовой накладкой, которая приближена к цвету кожи человека. [2]

Выводы

Научно-практическая значимость исследований, аналогичных настоящему, состоит в получении новых биометрических стандартов, относительно которых в дальнейшем можно осуществить моделирование бионического протеза для кисти руки. Биометрические стандарты позволят с высокой точностью спроектировать будущую кисть для пациентов разного возраста и пола. В ходе анкетирования и анализа полученных данных была установлена взаимосвязь значений двух типоразмеров и, как следствие, выведен третий типоразмер.

Заключение

Таким образом, главной перспективой данного проекта является создание эстетического вида бионической кисти. На сегодняшний день основной задачей становится моделирование трех типоразмеров, а также печать на 3D принтере основной части модели.

Список литературы

1. В. И. Виноградов, под ред. Н. И. Кондрашина. Руководство по протезированию - 2-е изд., испр. и доп. М.: Медицина. 1988.
2. Ремизов, А.Н. Медицинская и биологическая физика. М.: Дрофа. 2003.
3. Vademic.ru: https://vademec.ru/article/denznak_bez_konechnosti/

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАНО И СЕРЕБРОСОДЕРЖАЩИХ ПОВЯЗОК ПО СРАВНЕНИЮ СО ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ.

Ержигит Н.А., Отесин М.А. Баспакова К.Е.

Научный руководитель - Баубеков Ж.Т. к.м.н., доцент кафедры
детской хирургии

Западно-Казахстанский Медицинский Университет имени Марата
Оспанова

Аннотация. Представлены результаты лечения 70 больных с 1 года до 17 лет диагнозом термический ожог II и III степени (МКБ-10) с января по декабрь 2018 года. Пациенты получали лечение с помощью традиционных методов лечения ожогов, наноповязки «Meritel one» и «Витаваллис» и комбинированные методы лечения. Средняя продолжительность лечения составила 10 суток. Методы лечения сравнивались между собой по показателям койко-дней. Сопоставляя полученные результаты применения комбинированного и традиционных методов лечения по показателям койко-дней, превзошли применение наноповязок типа «Meritel one» и «Витаваллис».

Ключевые слова: повязки, наноповязки, серебросодержащие повязки, лечение ожогов, дети, ожог у детей.

Введение. Ожог — это травма кожи или других органических тканей, причиняемая, в основном, высокими температурами, а также излучением, радиоактивностью, электричеством, трением или контактом с химическими веществами.

Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения – по оценкам, в мире ежегодно происходит 180 000 случаев смерти от ожогов [1]. Одна из главных функций раневых повязок – защита раны от проникновения патогенной микрофлоры из окружающей среды. Традиционная ватно-марлевая повязка обеспечивает лишь надежную механическую защиту. Очевидно, что для профилактики гнойно-воспалительных осложнений целесообразно использование повязок с антимикробным действием [3].

Методы. Нами обследовано 70 медицинских карт (003/у) пациентов, получавших лечение в травматологическом отделении Детского стационара Актюбинского медицинского центра (с января по декабрь 2018 года). В зависимости от пола пациенты были разделены на 2 группы (1-мальчики, 2-девочки). В зависимости от лечения пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа - лечение с помощью наноповязок (Meritel one, Витаваллис), 2 группа - комбинированное лечение (Левомеколь+Витаваллис, левомеколь+Meritel one), 3 группа - лечение традиционными методами (Левомеколь+стандартная асептическая повязка). Статистический анализ был произведен с помощью программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Средний возраст в 1 группе составил $3,4 \pm 2,5$ а во 2 группе $3,2 \pm 0,5$. По типу лечения в 1 группе – 23 пациента, в 2 группе - 24 пациента, в 3 группе – 23 пациента. Койко дни в 1 группе составили $12,91 \pm 11,9$ дней ($p < 0,05$), во 2 группе $7,87 \pm 4,05$ дней ($p < 0,05$), в 3 группе $7,06 \pm 7,08$ дней ($p < 0,05$). В этих трех группах по поражению кожи (площадь ожога): в 1 группе составили $8,36 \pm 2,82\%$, во 2 группе $7,08 \pm 3,5\%$, в 3 группе $5,82 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). По общему анализу крови у большинства больных (90%) был обнаружен лейкоцитоз.

Выводы. В ходе эксперимента выявлена положительная динамика регенерации ран при использовании гидрогелевой повязки с дополнительным адсорбирующим слоем. На всех сроках экспериментального исследования наблюдалась полная фиксация сетчатого гидропокрытия на поверхности ран без явлений отслоения и лизиса.

Закключение. Мы можем увидеть связь между площадью поражения кожи и замедлением темпа лечения, особенно это видно в 1 группе. Предполагается что наноповязки были использованы для тех детей у кого площадь поражения больше. Исходя из этих данных мы за не имением методов оценивания эпителиезации не можем точно выявить какой из методов лучше в плане лечения и в плане экономики средства больниц.

Список литературы.

1. Официальный сайт ВОЗ. <https://www.who.int/ru>
2. Будкевич Л.И., Ковальчук В.И., Глуткин А.В., Бразоль М.А., Мирзоян Г.В., Гнипов П.А., Салистый П.В., Чекинев Ю.В., Шмырин А.А., Габитов Р.Б. Клиническая эффективность биопластического коллагенового материала «коллост» у детей с термической травмой (многоцентровое исследование) Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; 2018; 8 (3):34-44.С. Г. Стёпин, В. А. Журба, И. С. Алексеев. Бактерицидная активность бинтов модифицированных мелкодисперсными металлами и их соединениями. Вестник фармации №3 (69) 2015.
3. Nherera L., Trueman P., Roberts C., Berg L. Silver delivery approaches in the management of partial thickness burns: A systematic review and indirect treatment comparison. *Wound Repair Regen.* 2017 Aug; 25(4):707-721. doi: 10.1111/wrr.12559. Epub 2017 Aug 17.
4. А.О. Ковальчук. Морфометрические показатели кожи животных с экспериментальной ожоговой травмой при проведении раннего хирургического лечения с использованием гидрогелевых повязок и полиуретановых адсорбентов . Экспериментальная хирургия. doi: 10.18484/2305-0047.2016.2.109.
5. В.И. Мидленко, В.А. Мензул, К.С. Кобелев. Опыт лечения пострадавшихс поверхностными и пограничными ожогами пленочными повязками Mensul Dressing в сочетании с мазью левомеколь. Ульяновский медико-биологический журнал. № 2,2016 УДК617-089.844.
6. Сошкина В.В., Астамирова Т.С. Пленочные покрытия при лечении детей с ожогами кожи. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; 2015 Том V, № 2

7.Lau CT, Carlile AG, Wong KK, Tam P. The feasibility and efficacy of multi-channel intraluminal impedance monitoring in children. *Pediatr Surg Int.* 2016 Feb;32(2):119-23. doi: 10.1007/s00383-015-3823-8. Epub 2015 Oct 30. PMID:26519039.

8.Brown M., Dalziel S.R., Herd E., Johnson K., Wong She R., Shepherd M. A Randomized Controlled Study of Silver-Based Burns Dressing in a Pediatric Emergency Department. *J Burn Care Res.* 2016 Jul-Aug;37(4):e340-7. doi: 10.1097/BCR.0000000000000273.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ

Р.З Саъдиев.,Х.Х. Эшонкулов., С.С. Жумабоев
Кафедра нейрохирургии и сочетанной
травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Научный руководитель-заведующий кафедрой нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им АбуалиибниСино , д.м.н.Бердиев Р.Н.

Введение. Врождённые спинномозговые грыжи являются актуальной проблемой в силу широкой распространённости и тенденции к увеличению частоты встречаемости. По частоте врождённые спинномозговые грыжи встречаются в 2-3х случаях на 1000 новорождённых[1]. Дети с врождёнными спинномозговыми грыжами составляют тяжёлую категорию больных с выраженным и стойким неврологическим дефицитом, и характеризуется незаращением дужек позвонков в сочетании с различными вариантами дисплазии спинного мозга и его проводникового аппарата.

По данным разных авторов, спинномозговые грыжи шейной локализации отмечаются в 7,5%, грудной – в 10%, поясничной – в 60%, крестцовой – в 22,5% случаев [1-3]. Спинномозговая грыжа нередко сочетается с другими врождёнными аномалиями развития центральной нервной системы и других органов и систем.

Наиболее часто сочетается с гидроцефалией, что составляет 36% [1]. Учитывая вышеизложенные данные, правильный подбор тактики лечения при сложных формах врождённых спинномозговых грыж, профилактика развития послеоперационных осложнений, определяют актуальность данной проблемы на сегодняшний день.

Цель работы. улучшение результатов хирургического лечения детей с врожденными спинно-мозговыми грыжами.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе 62 историй болезней. Из них 27 (43,5%) мальчиков, 35 (56,5%) девочек детей с врождёнными спинно-мозговыми грыжами, которые получали лечение в условиях детского нейрохирургического отделения Национального медицинского центра РТ в период 2017-2018 годов. Распределение врождённых спинно-мозговых грыж по размерам играет важную роль для выбора тактики хирургической коррекции дефектов мягких тканей. Учитывая вышеизложенное, нами был предложен метод распределения больных по размерам грыжевого мешка.

Результаты и обсуждение. Согласно анализу данных объективного и локального статусов, а так же результатов инструментальных исследований, была произведена классификация случаев врожденных грыж по их размеру, в результате получились следующие показатели:

Малые (диаметр основания грыжевого мешка - до 3 см.) – 13 (20,9%).

средние (от 3- до 5 см) – 23 (37,1%),

большие (от 5 до 7 см.) – 18 (29,1%),

гигантские (больше 7 см.) – 8 (12,9%).

Из указанных выше случаев, 23 больным, то есть в 37,1% случаев (грыжи среднего размера) проведено оперативное лечение - пластические закрытия дефекта. Достигнут положительный эффект лечения. При малых размерах лечение консервативное, в случаях больших и гигантских грыж ликворошунтирующие и местно-пластические операции не применены.

Выводы. 1. Предложенный метод распределения оказался удобным, положительные результаты достигнуты в 100% случаев.

2. Выставление верных показаний к оперативному лечению, в данном случае, основанные на размерах грыжевого выпячивания, является залогом успешного оперативного лечения.

Заключение. На основе проведенной работы выяснилось, что распределение врожденных спинно-мозговых грыж наряду с определением тактики хирургического лечения предотвращает ряд послеоперационных осложнений.

Литература

1. Еликбаев Г.М. Врожденные спинальные патологии у детей: Учебно-методическое пособие. Шымкент. 2008. 24-25 с.

2. Зозуля Ю.А., Орлов Ю.А. Пороки развития позвоночника и спинного мозга // - НИИ нейрохирургии им. Рамаданова АМН Украины. Киев. – 2001.- С. 5-6.

3. MemetOzek, Giuseppe Cinalli, Wirginia J. Maixner MemetOzek. The Spina Bifida Management and outcome Milan Italy. 2008; P. 215-217

ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ.

Автор Чахалов Алим Мамедалиевич
д.м.н. Байменов Аманжол Жумагалеевич,
д.м.н. профессор Розенсон Рафаил Иосифович
Студент 5 курса, факультет Общая медицина, АО «Медицинский
Университет Астана», Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность: Проблемы хронического дакриоцистита и заболеваний слезоотводящих путей до настоящего времени остаются актуальными. Современные данные литературы свидетельствуют о важности проблемы хронического дакриоцистита. Научно обоснованными являются вопросы разработки новых методов диагностики и операций, а также необходимость совершенствования тактики послеоперационного ведения больных, для профилактики осложнений дакриоциститов.

Цель и задачи: Улучшение результативности эндоскопической дакриоцисториностомии путем профилактики раннего послеоперационного стенозирования, вновь сформированного соустья с применением силиконовой пластинки.

Основной задачей нашего исследования являлась модификация операции, позволяющая предупредить раннее стенозирование вновь сформированной дакриостомы.

Материалы и методы: Нами прооперировано 180 пациентов с хроническим гнойным дакриоциститом, с сопутствующей ринологической патологией. Из них у 30 (16,4%) больным проведены операции по поводу искривления перегородки носа, 13 (7,6%) проводились операции на средней носовой раковине. Всем больным проводилось компьютерно-томографическое исследование (КТ).

Результаты: Предложенная собственная модификация эндоскопической функциональной дакриоцисториностомии предупреждает рецидивирование заболевания за счет смещения средней носовой раковины к перегородке носа и предотвращения ее слипания с дакриостомой. Профилактика фибриновых отложений у операционного поля происходит за счет физических свойств медицинского силикона. Силиконовая пластинка, прилегающая к средней носовой раковине является препятствием для формирования ранних спаек.

Пластинка должна находиться в полости носа в среднем от 3 до 7 дней. За это время образуется плотная связь между перегородкой носа и средней носовой раковиной, что обуславливает свободное пространство для оттока слезы. Выводы: Применение перфорированного латексного контейнера с лечебной мазью в раннем послеоперационном периоде в 32,8% дало положительные результаты уже в первый день после операции. Одновременная установка силиконовой пластины у больных после дакриоцисториностомии в сочетании с комплексом оперативных вмешательств на носовых структурах имеет положительное значение в раннем и позднем послеоперационном периодах на 25,6% по сравнению с наружной дакриоцисториностомией, и на 4,2% по сравнению с эндоскопической дакриоцисториностомией в традиционном варианте.

Литература: 1.Малиновский Г.Ф. Хирургическое лечение больных с патологией слезоотводящих путей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Минск 2007.

2. Гордеева Л.А., Осипов Г.И. Прошлое и настоящее дакриоцисториностомии. Вестн офтальм 2004; 3: 49—53.

3. Магомедов М.М., Артемьев М.Е., Амиров А.М., Меджидова Д.М. Причины рецидивов слезотечения после эндоназальной эндоскопической дакриоцистиностомии. *Рос ринология* 2007; 2: 131.
4. Азнабаев М.Т., Валиева Г.Н., Бабушкин А.Э. Причины неудачи и профилактика рубцевания образованного соустья после дакриоцистиностомии. *Клин офтальм. Библиотека РМЖ* 2006; 7: 4: 171—172.
5. Козлов В.С., Бобров Д.А., Слезкина И.Г. Микроэндоскопическая эндоназальная дакриоцистиностомия. *Рос ринология* 1998; 2: 63.
6. Тулебаев Р.К., Козлов В.С., Кудасов Т.Р., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М., Байменов А.Ж., Ускенбаева С.П. Диагностическая эффективность компьютерной томографии при заболеваниях носа и околоносовых пазух. *Рос оториноларингология (Приложение 2)* 2009; 291—294.
7. Байменов А.Ж. Применение левомеколя в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической эндоназальной дакриоцистиностомии. *Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии: Материалы науч.-практической конференции*. Ташкент 2008; 103—104.
8. Satybaldina G.K., Baimenov A.Zh., Rozenson R.I. Postoperative management of patients after endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. СПб 2010; 16: 2: 41.

ЖЕДЕЛ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІ АУРУЫНЫҢ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫНДА, МАТЕМАТИКАЛЫҚ ФОРМУЛАНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Тұрсын Дінмұхамбет, Жүнісов Асхат
Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к., доцент М.С.Жүнісов.
Қожа Ахмет Ясауи университеті
Медицина факультеті
Түркістан қаласы
«Хирургиялық аурулар» кафедрасы

Аннотация

Мақалада жедел ішек өтімсіздігін диагностика жасау үшін рентгенологиялық зерттеу тәсілін қолдану барысында математикалық формуланы пайдалану арқылы жүзеге асыру әдісі көрсетілген. Тәсілдің ерекшелігі аурудың өршу түсу динамикасы ішек түтікшелерінде жинақталған ауа ауданын арнайы формула арқылы есептеу болып табылады. Ол үшін, рентгенограммада көрінетін әрбір Клойбер табакшасындағы ауа жартылай сфераға теңестіріліп ауданы шығарылады. Нәтижесінде, науқасты оперативті немесе консервативті жолмен емдеу тактикасы анықталады.

Тірек сөздер: тәсіл, рентген, ішек, өтімсіздік, ауа, аудан, формула.

Өзектілігі. Жедел ішектің өтімсіздігі ауруы іш құрсағы жедел ауруларының бір түріне жататыны белгілі. Ізденуші ғалымдардың мәліметтеріне сүйенетін болсақ, бұл аурудың бүгінгі күнге дейін адам өміріне қауіп төндіру өзектілігі төмендеп отырған жоқ. Өйткені, өлім көрсеткіші 16%-ден 22%-дың шамасында сақталып отыр[І,ІІ,]. Өлім көрсеткішінің жоғары болуы, науқасқа өз уақытында нақты диагноз қойылмауына байланысты болып отыр. Мысалы: ішектің жабыспақ өтімсіздігі, жабыспақ ауруы және тоқ ішектің бітелуі сияқты түрлерінің клиникалық белгілері баяу және жасырын дами отырып, организмдегі гемостаздың бұзылуына және улануына әкеледі.

Жедел ішектің жабыспақ өтімсіздігі кезінде тек іш пердесінің тітіркенуі сияқты асқынулар пайда болғанда ғана операциялық ем жасауға шешім қабылданып жатады. Бұл бағытта, қосымша КТ, УДЗ және рентгенологиялық зерттеу тәсілінің ролі жоғары екенін атап өтуге болады. [ІІІ,ІV,].

Ішек түйілу ауруының негізгі патогенезі ішек түтікшесінің толық немесе жартылай бітелуі, оның жоғарғы бөлігінде сұйықтықтар мен газдың іркілуі және ішектегі қысымның жоғарылауымен сипатталады. Бұл патологиялық жағдай жалпы шолу рентгенограммасында сұйықтықтың көлденең деңгейінің пайда болуымен және оның үстінде сфера тәрізді ауаның жиналуымен (Клойбер табақшасымен) сипатталады.

Жұмыстың мақсаты және міндеттері: Ішек түтікшесінде пайда болған сфера тәрізді ауаның ауданын есептеу арқылы ауруды динамикасын анықтау болып табылды.

Ол үшін рентгенограммада анықталған Клойбер табақшасының үстіндегі ауаны жартылай сфераға теңестіріп, оның ауданын математикалық формуламен есептейміз. ($S = \Pi (r^2 + h^2)$).

Зерттеу материалдары: Аталған тәсіл бойынша диагностика жүргізу Түркістан орталық қалалық ауруханаға «Ішектің жедел жабыспақ өтімсіздігі аурумен» түскен 18 науқасқа қолданылды. Оның 7-іне уақытылы операциялық ем көрсетілді. Ал 11-ы науқастың жағдайы консервативті емдеу жолымен жақсарды.

Қортынды:

1. Ұсынылып отырған диагностикалық тәсіл ішек өтімсіздігі ауруында жиі қолданылатын рентгенологиялық әдісті қосымша жақсартады;
2. Консервативті емнің нәтижесіне уақытылы баға беріп, операциялық емге көрсеткіш анықтауда үлесін қосады;
3. Науқастардың өлім көрсеткіші мен төсек-орын айналымының қысқаруына әсерін тигізеді.

Әдебиет тізімі

1. Береснева, Э.А. Возможности и значение обзорного рентгенологического исследования при клинической картине «острый живот» [текст] / Э.А. Береснева // Медицинская визуализация. – 2004. – №3. – С.6-37.

2. Терновский, С.К. Пути развития современной лучевой диагностики [текст] / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын // Медицинская визуализация: матер. 2-го Всероссийского национального конгресса по лучевой диагностике и терапии. – М., 2008. – С.3-5.

Козлова Ю.А. Роль рентгеновской компьютерной томографии в диагностике кишечной непроходимости (обзор литературы) / Козлова Ю.А., Мумладзе Р.Б., Олимпиев М.Ю. // Анналы хирургии. - Москва. - 2013, №4 - С.5-11.

4. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Харитонов С.В. Новые возможности в диагностике острой кишечной непроходимости. В кн. Сборник научных трудов к 60-летию ГКБ № 13 «Актуальные вопросы практической медицины». М. РГМУ; 2007.

БАЛАЛАРДАҒЫ ІШЕК ИНВАГИНАЦИЯСЫ: ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН МЕРЗІМІН ТАҢДАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

Амандық Н.Б, Лозовой В.М., Карабекова Р.А., Сулейманова С.Б.
6 курс, Педиатрия, «Астана медицина университеті» АҚ, Астана қ,
Казахстан

Ғылыми жетекші: кафедра ассистенті м.о, м.ғ.к. Сулейманова С.Б.
«Балалар хирургиясы» кафедрасы

Өзектілігі. Ішек инвагинациясы жүре пайда болған ішек өтімсіздігі түрлерінің ішінде кездесу жиілігі 70-80% құрайды, әсіресе жаңа туған нәрестелерде 85-90% кездеседі. Бірақ мәселенің өзектілігі тек қана аурудың кездесу жиілігінде ғана емес, уақытылы диагностика және жалпы қабылданған емдеу әдістерінің дәйексіздігімен негізделеді. Ұзақ жылдар бойы балалардағы инвагинацияның екі әдіс-тәсіл қолданылып келеді, бірақ дұрыс емдеудің әдісін таңдауда бірлескен ұғымға қол жеткілізген жоқ.

Мақсаты. Балалардағы ішек инвагинациясының емдеу нәтижелерін жақсарту - диагностика және емдеу әдістері мен мерзімін дұрыс таңдауды жетілдіру арқылы қол жеткізу

Материал және әдістер. Зерттеу жұмысының негізіне №2 ҚБА (Астана қ.) жалпы хирургия бөлімінде 2014-2018жж. емделген 218 балалар сараптамасы алынды. Жынысы бойынша бөлгенде ұл балалар 132 (61%), қыз балалар 86 (39%) құрайды. Жастық ерекшеліктері бойынша 1 жасқа дейінгі 94 (43%), 1 жастан 2 жасқа дейін – 55 (25%), 2 жастан үлкен – 69 (31,3%). Ауру ұзақтығының мерзімі бойынша 12 сағатқа дейін 106 (48,6%) бала, 12 сағаттан 24 сағатқа дейін – 43 (19,7%), 24 сағаттан жоғары – 69 (31,7%) бала қаралды.

Анамнезі бойынша инвагинация 1 реттік эпизодпен 212 (96%) балада, қайталанған эпизодпен 3-4 айлық интервал бойынша 5 (3%); және 1 (1%) балада үшреттік эпизодпен 1 жыл ішінде көрінді. Анамнезі бойынша 1 жасқа дейінгі балаларда инвагинация себептерінің ішінде: рационға қосымша тамақ қосу, сонымен қатар тамақтану режимінің сақталмауы басым болды. Барлық 100% жағдайда басым болған шағымдар кенеттен туындаған мазасыздық, іш аймағындағы ұстамалы ауырсыну, құсу – 142 (65%), қан аралас нәжіс – 61 (28%), ал 67 (31%) балаларда жоғарыдағы шағымдармен қоса интоксикация және дегидратацияның жалпы симптомдары (температуралық реакция, әлсіздік, тері тургорының төмендеуі) бірге көрінді. Объективті қарау кезінде интоксикационды және дегидратационды синдромдардың фонында жалпы жағдайының ауырлығы бойынша балалар осылайша бөлінді: 211(96%) орташа ауырлық дәрежеде, ауыр – 7 (4%) балада, инвагинацияның асқынуын көрсетеді. 100% жағдайда құрсақ қуысы ассиметриямен көрінді. Іш аймағының пальпациясы кезінде жұмсақ эластикалық түзіліс 171 (78%) балада анықталды, оның ішінде локализациясы оң жақ фланг бойынша 145 (85%) балада; 26 (15%) параумбиликальді аймақта, бірақ 47 (22%) балада эмоционалды реакцияға байланысты пальпациялау мүмкін болмады. Ректальді қарау: 68 (31%) балада тік ішек ампуласында «таңқурай езбесі» тәрізді нәжіс іздері анықталды. ЖҚА нәтижесі бойынша анемия I дәрежелі 25 (11%) балада, II – 30 балада (14%); лейкоцитоз солға ығысумен 152 (70%) балада байқалды. Құрсақ қуысы УДЗ «нысана» және «қабатты бөліш» типі секілді аперистальтикалық түзіліс: бауырасты аймақта 103 (47%) балада, оң жақ мезогастрийде – 79 (36%) балада; кіші жамбас астауында бос сұйықтық - 81 (37%) балада анықталды. Құрсақ қуысы органдарының жалпы рентгенографиясында ішек ілмектерінің гипопневматизациясы жоғары оң квадрантында 44 (20%) балада, төменгі бөлімінде 26 (12%), ішектің барлық бөлімінде - 31 (14%), сонымен қатар 4 (1,8%) балада ішектің төменгі бөлігінің гипопневматизациясы және мезогастриде енді құрылып жатқан «кесе» және «доға» тәрізді көрініс байқалды.

Нәтижелері. Ультрасонографиялық және рентгенологиялық белгілердің көрінісі бойынша, жалпы жағдайының ауырлығы негізінде, асқынулардың жоқтығы (перитонит) кезінде рентгенбақылау арқылы пневмадезинвагинация жасауға кірістік.

Консервативті пневмадезинвагинация 193 (89%) балаға , оның ішінде 186 (96%) балада инвагинатты қайта қалпына келтіру «шапалақ» симптоммен бірге байқалды, АІЖ бақылау рентгенографиясында контрасты ерітіндінің пассажи еркін өтімді. 7 (4%) балада консервативті емнің эффективтілігінің болмауына байланысты оперативті емге алынды. Инвагинацияға тән интраоперационды визуализация кезінде жіңішке-жіңішкеішектік 3 (9%) балада, мықын-тоқішектік – 29 (91%) балада инвагинация анықталды. Инвагинацияның анатомиялық себептері 2 (6%) балада Меккель дивертикулы, 1 (3%) – қатерсіз лимфофоликулярлы гиперплазия, және 1 (3%) балада мықын ішек дистальді бөлігінің аденоматозды полипі ретінде көрініс берді.

Лапароскопиялық дезинвагинация 28 (13%) балаға орындалды, оның ішінде 24 (86%) балаға оң нәтиже берді, бірақ 4 (14%) балаға тікелей көрсеткіш бойынша конверсия жүргізілді. Лапаратомия 8 (4%) балаға: соның ішінде 4 жағдайда төменгі ішек өтімсіздігінің симптомдарымен байланысты жалпы жағдайының ауырлығына негізделген, ал 4 балаға конверсия нәтижесі бойынша орындалды.

Қолмен жасалған дезинвагинация микроциркуляция бұзылыстарының объективті белгілерінсіз 5 (62%) балаға жүзеге асырылды; ал 2 (25%) балада «үш ұшына» жіңішке-жіңішкеішектік анастомоз салуымен бірге Меккель дивертикулына сына тәрізді резекция жасалды; 1 (13%) балада «ұшынан бүйіріне» жіңішке-тоқішектік анастомоз салуымен илеоцекальді бұрышқа резекция жасалды.

Осылайша, 2 жастан үлкен балаларда сәтті пневмакомпрессиядан кейін инвагинацияның қайталануы стационар жағдайында толық тексеруден өтуге тікелей көрсеткіш болып табылады. Диагностика әдістерін жетілдіру, емдеу әдістері мен мерзімін дұрыс таңдау – ауыр асқынулар дамуының алдын алады.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Олейник В.С., Шейко Н.С., Кожевникова Н.П. Балалардағы ішек инвагинациясын емдеу. Клиникалық хирургия. 1989; 6: 71–2.
2. Hay S.A., Kabesh A.A., Soliman H.A. et al. Idiopathic intussusception: the role of laparoscopy. J. Pediatr. Surg. 1999; 34 (4): 577–8.
3. Пугачев А.Г., Тихонов Ю.А. Консервативное лечение инвагинации у детей Вестник хирургии. 1960. № 11. С. 53-58.
4. Маценко П.А., Урусов В.А. Острый живот у детей. Иркутск. 1973. 653 с.

- 5.Климович И.Г.. Клиника и диагностика инвагинации кишок у детей. Москва, 1970. 22 с.
- 6.Краузе О.Ф. Лечение инвагинации у детей. // Актуальные вопросы хирургии осложнения в хирургической гастроэнтерологии. Москва. 1980. С. 90-92.
- 7.Овчаренко В.А. Лечение инвагинаций кишечника у детей // Тезисы докладов: 9 Съезд хирургов Белоруссии. Витебск. 1985. С. 256 - 257.
- 8.Birchard K.R., Brown M.A., Nyslop W.B. at all. MRI of acute abdominal and Vpelvic pain in pregnant patients // Am J Roentgenol. 2005. Feb; 184(2). P. 452-458.
- 9.Халалеев В.Н., Кудренко С.К. Опыт использования щадящего оперативного доступа при инвагинации кишечника за 10 лет. В кн.: Материалы межобластной научно-практической конференции детских хирургов «Диагностика и лечение хирургических заболеваний у детей». кн. 2. Омск; 2005: 88–9.
- 10.Нуритдинов М.Н. Острая инвагинация кишечника у детей грудного возраста. Здоровоохранение Таджикистана. 1982; 5: 22–5.
- 11.Беляев М.К., Федоров К.К. Способ консервативной дезинвагинации. Бюллетень «Изобретения». 2004; 4.
- 12.Краузе О.Ф. Лечение инвагинации у детей. В кн.: Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии. М.; 1980: 90–2.
- 13.Нейков Г.Н. Лечение инвагинации кишечника у детей // Хирургия. 1992. < 11, 12. С. 27—30.
- 14.Чепурной Г.И., Кураев Е.Г., Розин Б.Г. Дезинвагинация кишечника у детей // Хирургия. 1996. < 4. С. 9—11.
- 15.Weil F.S. Ultrasonography of digestive diseases. ST. Louis. Toponto. L.: C.V. MosbyCo., 1982. P.537.

ПРИМЕНЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ КАППЫ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

ЖИЛКИБАЕВА Ж.Б.¹, ГАМОВА Э.Р.¹, АДильБЕКОВ А.¹, Кейс С.².
ассистенты кафедры ортопедической и детской стоматологии¹,
студентка 5 курса стоматологического факультета²
АО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан

Аннотация: протезирование зубов с повышенной стираемостью при уменьшении высоты прикуса, осложнено, не только необходимостью реконструкции обоих зубных рядов [1], но и комплексной нейромышечной подготовкой с применением окклюзионной каппы.

Ключевые слова: повышенная стираемость, высота прикуса, окклюзионная шина.

Введение: у пациентов с жалобами на укорочение высоты нижней трети лица при сомкнутых зубах, боли в височно-нижнечелюстных суставах, скрежетание и стискивание зубов, истирание коронковых частей зубов от 1/3 до 3/3 в ходе комплексной подготовки к ортопедическому лечению, рекомендованы оккклюзионные релаксационные каппы [1].

Цель: комплексная подготовка восстановления высоты нижней трети при декомпенсированной повышенной стираемости зубов позволяет исправить или ограничить влияние парафункциональной жевательной активности [1].

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением, с 2016 по 2019 год находилось восемь пациентов с генерализованной декомпенсированной повышенной стираемостью зубов. Изготавливая оккклюзионные каппы, мы добивались восстановления высоты нижней трети лица, защиты зубов от разрушающих последствий дневных и ночных парафункций жевательных мышц. Результаты и их обсуждение: при I–II степенях стираемости высоту нижней трети лица на каппе восстанавливали одномоментно; при III – по 2 мм каждые две недели. Моделирование оккклюзионной поверхности каппы с воспроизведением межбугоркового контакта проводили на разогретой восковой пластинке в несколько слоев, которую давали прикусывать пациентам под контролем высоты ушной раковины [3].

Выводы: применение окклюзионной релаксационной каппы при снижении высоты нижней трети лица является комплексной подготовкой с изменением миостатического рефлекса, позволяющее не только улучшить внешний вид, но и устранить функциональные ограничения, вызванные деструкцией зубов [1].

Заключение: поэтапное восстановление снижения высоты нижней трети лица при декомпенсированной повышенной стираемости зубов окклюзионной релаксационной каппой позволяет нормализовать миостатический рефлекс и положение суставных головок в суставных ямках в заднем ненапряженном состоянии.

Список литературы:

1. Daniel Brocard, Jean-Francois Lalugue, Cristian Knellesen: La gestion du Bruxisme. Quintessens Verlags-Gmbh, 2009. P.
2. Еслямгалиев Г.А., Алтынбеков К.Д.. Способ определения высоты прикуса. Авторское свидетельство (21) 4087627/14.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЭНДОМЕТРИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ БЕСПЛОДИИ

Латанская Н. С.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Старкова И. В.,
кафедра акушерства и гинекологии №2
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Хронический эндометрит (ХЭ) в структуре гинекологической патологии достаточно распространенное заболевание частота возникновения которого достигает 73 %. Он представляет собой клинко-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия воспалительного генеза, приводящих к нарушению нормальной циклической трансформации и рецептивности ткани. Вместе с тем, ХЭ рассматривается как результат дисбаланса между гормональной и иммунной системами организма, с одной стороны, и патогенами – представителями микробиоценоза, с другой,

его клиническая картина может иметь бессимптомное течение или происходит трансформация симптоматики в сторону стертых форм, а иногда и атипичного течения. Длительная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре его ткани, что проявляется в виде нарушений менструального цикла, формирования препятствий для нормальной имплантации, обуславливая неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения; ведет к патологическому ответу на беременность, создавая проблему невынашивания. Таким образом, ХЭ стоит рассматривать не только как медицинскую проблему, а в свете последствий – как социальную.

Диагностика ХЭ базируется на анализе данных анамнеза, клинической картины, результатов ультразвукового сканирования и гистологического исследования биоптатов эндометрия. Для выполнения последнего этапа алгоритма диагностики изменений ткани эндометрия используются два метода: гистероскопия и аспирационная биопсия.

Цель: изучить роль ХЭ у женщин с бесплодием и оптимизировать тактику диагностики этого патологического состояния.

Материалы и методы. Дизайном исследования явились 49 женщин (основная группа) в возрасте от 27 до 39 лет с первичным бесплодием на протяжении 7-10 лет, которые распределены в 2 клинические группы. В 1-ю группу включены 27 женщин, которым с диагностической целью в амбулаторных условиях выполнена аспирационная биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием полученного материала. 2-я группа представлена 22 пациентками, которым в условиях гинекологического с диагностической и, при необходимости, лечебной целью проводилась гистероскопия. В анамнезе всех женщин был эпизод неспецифического воспалительного процесса придатков матки с проведением амбулаторного курса антибактериальной и противовоспалительной терапии и указание на использование внутриматочного контрацептива или проведение гистеросальпингографии с целью выявления проходимости маточных труб. Все внутриматочные манипуляции и период после их проведения были без осложнений. Женщины обеих групп обследованы клинически с определением биотопа влагалища, им проведено ультразвуковое исследование органов малого таза на 22 – 26 день менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. У пациенток основной группы выявлена 1-2 степень чистоты влагалища, что не явилось препятствием для проведения аспирационной биопсии или гистероскопии. При ультразвуковом исследовании у 40 женщин основной группы (81,6 %) выявлена неравномерная толщина эндометрия, что могло рассматриваться как неспецифический признак хронического эндометрита. Проведено гистологическое исследование материала, полученного при аспирационной биопсии (1-я клиническая группа), которое показало в 25 наблюдениях (92,6 %) наличие воспалительных инфильтратов, состоящих преимущественно из лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов, расположенных чаще вокруг желез, наличие плазматических клеток, деформация желез. Представленные результаты расценены в качестве признаков ХЭ. После проведения аспирационной биопсии все женщины чувствовали себя удовлетворительно, в дополнительных назначениях не нуждались.

Во 2-й группе наблюдения с диагностической, а у двух женщин, ввиду присутствия в полости матки небольших единичных полипов эндометрия размером 0,5 x 0,5 см, лечебной целью, в условиях стационара проведена стандартная гистероскопия, дважды с полипэктомией. Гистологическое исследование полученного материала в 19 наблюдениях (86,4 %) показало наличие проникновения плазматических клеток в пределы стромального слоя эндометрия, которые не отторгаются при менструациях, что является признаком ХЭ, у двоих (9,1 %) установлено наличие железистых полипов. После проведения процедуры гистероскопии у 7 (31,8%) женщин отмечались неприятные ощущения в области наружных половых органов, что потребовало наблюдения в динамике на протяжении 3-5 дней.

Выводы. У женщин с бесплодием, наличием в анамнезе неспецифических воспалительных процессов придатков матки и любых внутриматочных вмешательств, целесообразно с диагностической целью проводить гистологическое исследование эндометрия, что способствует выявлению хронического эндометрита. Полученный результат позволит назначить адекватную терапию, что может оказаться эффективным в отношении лечения бесплодия или подготовки к проведению экстракорпорального оплодотворения. Биопсию эндометрия необходимо проводить в

амбулаторных условиях методом аспирационной биопсии, поскольку эта манипуляция проста в исполнении и достаточно информативна.

Литература

1. Akopians A.L., Pisarska M.D., Wang E.T. The Role of Inflammatory Pathways in Implantation Failure: Chronic Endometritis and Hydrosalpinges. *Semin. Reprod. Med.* 2015; 33 (4): 298–304.
2. Kitaya K., Matsubayashi H., Yamaguchi K., Nishiyama R., Takaya Y., Ishikawa T., Yasuo T., Yamada H. Chronic endometritis: potential cause of infertility and obstetric and neonatal complications. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2016; 75 (1): 13–22.
3. Лызикова Ю.А. Хронический эндометрит как причина нарушений репродуктивной функции у женщин. *Проблемы здоровья и экологии.* 2015; 3 (45): 9–16.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ КИБЕРПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Казанцева Е.Ю. - студент КарГТУ (гр. ВТ-16-4)

Демченко А.С. - студент КарГТУ (гр. ВТ-16-4)

Научн. рук.– старший преподаватель Клюева Е.Г.

Карагандинский государственный технический университет

Аннотация: Работа посвящена изучению основных тенденций в сфере развития киберпротезирования и бионики. Рассматриваются изобретения зарубежного ученого Хью Герра, а так же перспективы развития киберпротезирования в Казахстане.

Ключевые слова: киберпротезирование, бионика, здравоохранение, медицина, компьютеризация.

В наше время компьютеризация особенно остро коснулась сферы медицины и здравоохранения, в частности, помогая людям с ограниченными возможностями. «Человек не может быть неполноценным. Неполноценны наши технологии», – пишет создатель бионического протеза Хью Герр. Его история – отличное доказательство того, как киберпротезирование помогает людям с ограниченными возможностями.

Целью данной работы является изучение основных аспектов киберпротезирования и выявление ключевых моментов для дальнейшего развития данной области.

Для выполнения данной работы были изучены теоретические материалы и книги, посвященные теме киберпротезирования и бионики.

Исследования в области бионики начинаются с построения модели. На первых этапах строится ее математическое описание, далее составляется компьютерная программа – бионическая модель. При создании киберпротеза используют возможности микропроцессора. Основная проблема искусственной конечности в неспособности выполнять точные команды, поэтому протез, оснащенный мышечными сенсорами, передает поступающую информацию микропроцессору, который, в свою очередь, дает команды всей электронике.

Идеальные крепления для разных частей ноги Хью Герр разработал, опираясь на антропометрию. Чтобы сделать протез гибким, Герр использовал материал, который в обычном состоянии представляет собой мягкую «ткань», но стоит пропустить через него электричество – твердеет и становится плотным и жестким. Если напрячь ногу, сенсоры могли фиксировать мышечную активность, и протез становился «жестким», а если расслабить — «мягким», за счет чего ходьба получалась более естественной. Для создания крепежа, связывавшего стопу с мышцами, точное расположение всех мышц в культе определялось специальными сканерами.

В 2017 году в Алматы впервые человеку установили бионический протез руки, спроектированный и разработанный казахстанскими программистами. Протез был разработан и выпущен инженерами казахстанских компаний MBionics и 3D PM. Специалисты MBionics занимались подбором электроники и разработкой программного обеспечения, а 3D PM обеспечила моделирование и изготовление (3D-печать) культеприемной гильзы и деталей протеза на основе сканирования культи.

От западных аналогов казахстанскую модель протеза отличает то, что это кастомизированный продукт, учитывающий все особенности биометрии определенного человека.

Бионика – одна из наиболее передовых наук, использующая новейшие изобретения в сфере инженерии, в последнее время получившая наибольшее распространение.

От своих западных коллег не отстают и казахстанские разработчики, что дает нашей стране большие преимущества в условиях повсеместной компьютеризации.

Таким образом, мы видим все нарастающие тенденции в развитии кибернетики и программирования. В будущем это значительно расширит возможности медицины и многих других сфер жизни.

Список литературы

1. Человек, который потерял ноги, но не научился идти в ногу со временем // СТИЛЬ. URL: <https://style.rbc.ru/impressions/57163cf59a7947413601fe78> (дата обращения: 25.02.2019).
2. Протез The Hand — почти полноценная замена руки // HABR. URL: <https://habr.com/ru/post/182634/> (дата обращения: 25.02.2019).
3. В Казахстане впервые создали бионический протез руки // Forbes Kazakhstan. URL: https://forbes.kz/process/science/v_kazahstane_vpervyie_sozdali_bionicheskiy_protez_ruki (дата обращения: 26.02.2019).

ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА В ВЕРТЕБРОЛОГИИ

Нуртас И. Турсынов*, Эрмат М. Санаев, Серик Ж. Мажыров,
Берик С. Турлубеков,
кафедра нейрохирургии и неврологии, НАО МУК,
Караганда, Казахстан

*Нуртас И. Турсынов, руководитель, заведующий курсом
нейрохирургии, НАО МУК, Караганда, Казахстан.

Введение: Применение чрескожной вертебропластики направленных на снижение травматичности операции, достижение минимального повреждения тканей, достигнуть надежной стабилизации поврежденного сегмента позвоночника, восстановления опороспособности позвонка и создание условий для проведения реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю активизацию пациентов.

Цель работы: Повышение эффективности и качества лечения пациентов с агрессивными гемангиомами и неосложненными компрессионными переломами тел позвонков различной этиологии.

на основе применения современного минимально-инвазивного метода чрескожной костной вертебропластики

Методы: На протяжении 2015-2018 гг., в условиях центра нейрохирургии и неврологии, отделений экстренной и плановой нейрохирургии, при многопрофильном центре им. проф. Х. Ж. Макажанова были прооперированы 93 больных, из них компрессионных переломов -44, остеопорозы (патологические переломы) 35, агрессивные гемангиомы -14. Средний возраст которых составляет 53,4 года. В возрасте от (20-39)= 16 чел, (40-49)=12 чел, (50-59)=27 чел, (60-69)-24 чел, (71-76)=14 чел. Из 93 пациентов мужчин было 56%, женщин 44%. Наиболее частой локализацией переломов тела позвонка среди наших пациентов отмечалось на уровне L1 (30%), далее L2 (28%), Th12 (17%), L3 (13%), L5 и Th11 (по 4%), L4 и Th10 (по 2%).

Результаты и обсуждение:

В результате проведения оперативного вмешательства у 88 больных с компрессионными неосложненными переломами тел грудных и поясничных позвонков, патологическими переломами на фоне остеопороза, был получен положительный результат, в виде купирования болевого синдрома и восстановления опороспособности позвонка, который достигнут после выполнения перкутанной цементной вертебропластики. В результате проведенных лечебных мероприятий по разработанным нами методикам у 88 пациентов была достигнута надежная стабилизация поврежденного позвоночника и созданы условия для проведения реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю активизацию пациентов. Ни у одного больного, после оперативного лечения появление и нарастания неврологической симптоматики не выявлено. Применение чрескожной вертебропластики, направленно на максимальное снижение травматичности. У больных с повреждениями позвоночника позволили сократить сроки пребывания в стационаре в 2-3 раза, улучшить исходы медицинской реабилитации на 10-12 % и значительно улучшить качество их жизни.

Выводы:

I. Чрескожная вертебропластика является малотравматичным и высокоэффективным методом лечения неосложненных переломов тел позвонков, обеспечивающим быстрое регрессирование болевого синдрома и надежную стабилизацию позвоночника

II. Данный метод является радикальным и при правильном выполнении не требует повторного введения костного цемента.

III. Вертебропластика является наиболее эффективным, современным и минимально травматичным методом лечения, позволяющим сократить пребывание пациента в стационаре.

Заключение:

Одной из важных проблем, стоящих перед современной травматологией и ортопедией, является повышение эффективности лечения больных с травматическими поражениями позвоночника. Особую группу составляют больные с неосложнённой травмой позвоночника. При современном уровне хирургии позвоночника процент стойкой инвалидизации таких больных остаётся высоким. Проблема описанная в данном тезисе оставляет вопросы по проблеме неосложненных компрессионных переломов и тех проблем которые ранее были описаны.

Список литературы

1. Аксис А., Вестеманис В., Карклинын Э. и др. Результаты вертебропластики при лечении больных с патологическими переломами и гемангиомами позвонков// Хирургия позвоночника. 2014. № 2. С. 38-42.
2. Бровкин С.С. Чрезкожная вертебропластика переломов нижнегрудных и поясничных позвонков при остеопорозе. Дисс. к. м. н. М. 2017.
3. Гармищ А.Р., Педатченко Е.Г., Куцаев С.В. Пункционная вертебропластика при гемангиомах позвоночного столба// Материалы 4 съезда нейрохирургов России. Москва. 2016. С. 22-23.
4. Гладков А. В., Пронских И.В. Актуальные вопросы вертебрологии. // Сборник научных трудов Ленинградского НИИТО. Ленинград. 2012.
5. Джинджихадзе Р.С., Лазарев В.А., Горожанин А.В., Борзунов А.Н., Цуладзе И.И. Перкутанная вертебропластика (обзор литературы) // Нейрохирургия. 2015. №1 С. 24-29
6. Дуров О.В., Шевелев И.Н. Тиссен Т.П. Вертебропластика при лечении опухолей позвоночника// Хирургия позвоночника. 2014. № 4. С. 68-73.

7. Дуров О.В., Шевелев И.Н., Мышкин О.А., Тиссен Т.П. Применение вертебропластики при различных видах патологии позвоночника // III съезд нейрохирургов России. Хирургия заболевания позвоночника и спинного мозга. Санкт-Петербург. 2018. С 247-248
8. Ардашев, И.П. Лечение переломов позвоночника у людей пожилого и старческого возраста / И.П.Ардашев, В.Н.Дроботов, А.А.Григорук и др. // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 135-136.
9. В.Д.Усиков, А.И.Афаунов // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы.-Курган, 2015.- С.31-33.
10. Афаунов, А.А. Хирургическое лечение посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника / А.А.Афаунов, Э.М.Полухович, А.И.Афаунов и др. // Хирургия позвоночника.- 2014.-№3.- С.8-15.
11. Власова, И.С. Возрастные критерии развития первичного остеопороза по данным количественной компьютерной томографии / И.С.Власова // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием.- М., 2015.- С.54-56.
12. Готье, С.С. Реконструктивная вертебропластика / С.С.Готье, А.Г.Аганесов, К.Т.Месхи // Хирургия позвоночника — полный спектр.-М., 2014.- С.283-284.
14. Грунтовский Г.Х. Компрессионные переломы позвоночника при остео-порозе (особенности клиники и лечения) / Г.Х. Грунтовский, И.Б. Тимченко // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 140-141.

ХИРУРГИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Нуртас И. Турсынов*, Эрмат М. Санаев, Самат Ж. Аумажитов,
Рахым Ж. Мергенбай, Руслан А. Хаутиев
кафедра нейрохирургии и неврологии, НАО МУК, Караганда,
Казахстан

*Нуртас И. Турсынов, руководитель, заведующий курсом
нейрохирургии, НАО МУК, Караганда, Казахстан. E-mail:
tursynov@kgmu.kz

Введение: На сегодняшний день артериальные аневризмы являются часто встречающейся сосудистой патологией головного мозга. При выборе тактики оперативного лечения необходимо учитывать размеры, форму, локализацию, целостность (с разрывом или без) аневризм, а также возраст пациента.

Цель: Определить результаты оперативного лечения больных с артериальными аневризмами головного мозга.

Методы: В 2013 г. на базе нейрохирургического отделения многопрофильного центра г. Караганды, начал функционировать нейрохирургический центр. Одной из задач центра является отбор больных с аневризмами сосудов головного мозга для хирургического лечения. Основная часть больных поступает из поликлиник города, стационаров области, районов и в экстренном порядке. В день поступления выполняется МРТ, КТ в ангио-режиме, ЦАГ на ангиографе.

За последние 3 года в условиях центра нейрохирургии прооперировано больных с аневризмами 234, с использованием методики микрохирургического клипирования пролечено 138 больных (59%) (пациенты I группы), методикой эндоваскулярной эмболизации – 96 (41%) (пациенты II группы). Возраст больных колебался от 22 до 84 лет. Мужчин было 81, женщин 153.

Выбор методики оперативного лечения осуществляли с учетом анатомической доступности, соотношения диаметра купола аневризмы и ее шейки, наличия специальных инструментов.

Результаты: В большинстве случаев у пациентов имелась одна аневризма. Множественные аневризмы выявлены у 17 пациентов (12,3%) I группы и у 7 пациентов (8,3%) II группы.

Всего было оперировано 208 аневризмы переднего отдела артериального круга (88,9%), 26 аневризм заднего отдела (11,1%). Наиболее часто встречались аневризмы ВСА - 84 случаев (35,9%) и аневризмы ПМА – 79. (33,8%). Структура оперированных аневризм в группах различалась.

В I группе преобладали аневризмы ПМА (42%) и СМА (37%) а во II группе аневризмы ВСА (55%). Только 3 пациента I группы оперированы по поводу аневризм вертебро-базиллярного бассейна, и всего 9 пациентов II группы оперированы по поводу аневризм СМА (7%).

Аневризмы среднего размера (от 5 до 15 мм) составили 71% от их общего числа. Число крупных и гигантских аневризм в I группе составило 19%, у пациентов II группы - 27 случая (28,1%). Малые аневризмы чаще встречались у пациентов II группы - в 14 случаях (10,0%).

Большинство пациентов обеих групп были оперированы по поводу разорвавшихся аневризм (127 и 65 пациентов, соответственно).

В I группе преобладали пациенты II и III групп по шкале Хант-Хесс (64%), во II-й - пациенты II группы по шкале Хант-Хесс (48%). Во I группе чаще оперированы пациенты IV и V групп.

Выводы: Микрохирургическое вмешательство обеспечивает достоверно большую радикальность выключения аневризм из кровотока, по сравнению с эмболизацией аневризм микроспиральями, однако частота эффективного выключения аневризм из кровотока идентична. Все пациенты после внутрисосудистых вмешательств требуют длительного динамического наблюдения для ранней диагностики и коррекции рецидива заболевания. Эмболизация наиболее эффективна при аневризмах передней мозговой и внутренней сонной артерий небольших размеров, имеющих узкую шейку. Радикальность микрохирургического клипирования не определяется локализацией и размерами аневризм.

Заключение: Решение о выборе оптимального способа оперативного вмешательства по поводу аневризмы в остром периоде кровоизлияния должно проводиться с учетом клинического состояния больного, формы и тяжести САК, анатомических факторов аневризмы, наличия осложнений САК, риска открытого и внутрисосудистого оперативных вмешательств.

Список литературы:

1. А.Н. Коновалов. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга. Москва, Медицина 1973 г
2. Molyneux A, Kerr R, Stratton I, Sandercock P, Clarke M, Shrimpton J, Holman R. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. *Lancet*. 2002; 360: 1267-74.
3. The International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. Unruptured intracranial aneurysms: risk of rupture and risks of surgical intervention. *NEngl J Med* 1998; 339 :1725 –1733.
4. Juvela S, Porras M, Heiskanen O. Natural history of unruptured intracranial aneurysms: a long-term follow-up study. *J Neurosurg* 1993; 79 :174 –182.
5. Connolly ES, Solomon RA. Management of unruptured aneurysms. In: Le Roux PD, Winn HR, Newell DW, eds. *Management of cerebral aneurysms*. Philadelphia: Saunders. 2004, 271-285.
6. Recommendations for the Management of Patients With Unruptured Intracranial Aneurysms. A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association. Joshua B. Bederson, MD, Chair; Issam A. Awad, MD; David O. Wiebers, MD; David Piepgras, MD; E. Clarke Haley, Jr, MD; Thomas Brott, MD; George Hademenos, PhD; Douglas Chyatte, MD; Robert Rosenwasser, MD; Cynthia Caroselli, RN.
7. Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association 2009.
8. Клинические рекомендации лечения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга. А.Н. Коновалов, В.В. Крылов, Ю.М. Филатов. Москва 2012 г.

9. Joint Formulary Committee. British National Formulary. [http://www.bnf.org]ed. London : BMJ Group and Pharmaceutical Press.
10. Гринберг М.С. «Нейрохирургия», 2010г.
11. Treatment of Intracranial Aneurysms Using the Pipeline Flow-Diverter Embolization Device: A Single-Center Experience with Long-Term Follow-Up Results. I. Saatchi, K. Yavuz, C. Ozera, S. Geyika and H.S. Cekirgea. AJNR 2012 33: 1436-1446.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Нуртас И. Турсынов*, Эрмат М. Санаев, Серик Ж. Мажыров, Жан Б. Беков,
кафедра нейрохирургии и неврологии, НАО МУК, Караганда,
Казахстан

*Нуртас И. Турсынов, руководитель, заведующий курсом
нейрохирургии, НАО МУК, Караганда, Казахстан. E-mail:
tursynov@kgmu.k

Введение: Транспедикулярная фиксация – операция, суть которой заключается в стабилизации позвонка путем проведения винтов через педикулы (ножки) в тело позвонка. Методика позволяет плотно, надежно фиксировать винт в теле позвонка и является одним из самых распространенных видов лечения травматических повреждений и хронических заболеваний позвоночника. В качестве показаний к оперативному лечению рассматривают нестабильные переломы позвонков, определенные типы искривления позвоночника, остеохондроз и некоторые другие заболевания.

Цель; работы: повышение эффективности и качества лечения пациентов с травматическими повреждениями и хроническими заболеваниями позвоночника, осложненными компрессионными переломами тел позвонков различной этиологии на основе применения транспедикулярной фиксации.

Методы: На протяжении 2016-2018 гг., в условиях центра нейрохирургии и неврологии, отделений экстренной и плановой нейрохирургии, при многопрофильном центре им. проф. Х. Ж. Макажанова были прооперированы 237 больных, из них компрессионных переломов -57, грыжи дисков с нестабильностью – 146, листезы позвоночника – 15, полисегментарном стенозе - 19. Средний возраст которых составляет 53,4 года. В возрасте от (20-39)= 17 чел, (40-49)= 90 чел, (50-59)=81 чел, (60-69)-39 чел, (71-76)=10 чел. Из 237 пациентов мужчин было 57%, женщин 43%. Наиболее частой локализацией заболеваний позвонка среди наших пациентов отмечался поясничный отдел(87%), грудной отдел (13%).

Результаты и обсуждение: В результате проведения оперативного вмешательства у 237 больных с травматическими повреждениям и хроническими заболеваниями позвоночника, осложненными компрессионными переломами тел позвонков, был получен положительный результат, в виде купирования болевого синдрома и восстановления опороспособности позвонка, который достигнут после выполнения транспедикулярной фиксации. В результате проведенных лечебных мероприятий по разработанным нами методикам у пациентов была достигнута надежная стабилизация поврежденного позвоночника и созданы условия для проведения реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю активизацию пациентов. Ни у одного больного, после оперативного лечения появление и нарастания неврологической симптоматики не выявлено. Применение транспедикулярной фиксации, направленно на максимальное снижение повторной травматичности. У больных с повреждениями позвоночника позволили улучшить исходы медицинской реабилитации на 15-16 % и значительно улучшить качество их жизни.

Выводы: Транспедикулярная фиксация является высокоэффективным методом лечения больных с травматическими повреждениям и хроническими заболеваниями позвоночника, осложненными компрессионными переломами тел позвонков, обеспечивающим быстрое регрессирование болевого синдрома и обеспечивать стабильность тел позвонков.

Данный метод является радикальным и при правильном выполнении не требует повторного оперативного вмешательства.

Позволяет поддерживать высоту межпозвонкового диска, чтобы предотвратить компрессию нервных структур

Восстановление и сохранение фронтального и сагиттального баланса позвоночника.

Заключение: Одной из важных проблем, стоящих перед современной нейрохирургией, травматологией и ортопедией, является повышение эффективности лечения больных с хроническими заболеваниями и травматическими поражениями позвоночника. Особую группу составляют больные с полисегментарным стенозом позвоночника. Несмотря на высокий уровень современной хирургии позвоночника процент стойкой инвалидизации таких больных остаётся высоким.

Список литературы

1. Макаревич С.В. Спондилодез универсальным фиксатором грудного и поясничного отделов позвоночника: Пособие для врачей. - Минск, 2011. - 80 с.
2. Макаревич С.В., Воронович И.Р., Мазуренко А.Н. и др. Комплексное обследование больных и тактика внутренней стабилизации при стенозах и деформациях поясничного отдела позвоночника // Материалы науч.-практ. конф. - Минск, 2014. - С. 75-76.
3. Ардашев, И.П. Лечение переломов позвоночника у людей пожилого и старческого возраста / И.П.Ардашев, В.Н.Дроботов, А.А.Григорук и др. // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 135-136.
4. Гринь А.А., Николаев Н.Н., Горохова Е.Н. Множественные и многоуровневые повреждения позвоночника (часть 1). // Нейрохирургия. М.- 2008.- №3. С. 47-55. 11. Гринь А.А., Горохова Е.Н. Множественные и многоуровневые повреждения позвоночника(часть 2). // Нейрохирургия. М.- 2008.- №4. С. 52-59.
- Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Мылов Н.М. Распространенность переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1997; 3:20-27.
6. Дулаев А.К., Шаповалов В.М., Гайдар Б.В. Закрытые повреждения позвоночника грудной и поясничной локализации.- СПб.: МОРСАР АВ, 2000.- 144с.
7. Ермолов А.С., Крылов В.В., Гринь А.А., Иоффе Ю.С. Диагностика и тактика лечения пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга//Методические рекомендации (№42). М.-2013.

8. Орлов В.П., Дулаев А.К. Закрытая травма позвоночника и спинного мозга. //Лекции по нейрохирургии. Под ред. В.Е. Парфенова, Д.В. Свистова.,-СПб.: ООО «Издательство Фолиант».- 2014.-С.301-322. 59
9. Грунтовский Г.Х. Компрессионные переломы позвоночника при остео-порозе (особенности клиники и лечения) / Г.Х. Грунтовский, И.Б. Тимченко // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 140-141.
10. Chipman J.G., Deuser W.E., Beilman G.J. Early surgery for thoracolumbar spine injuries decreases complications. // J. Trauma.- 2004.-Jan.- Vol. 56.-№1.-P.52-57.

РЕВИЗИЯ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ.

Нуртас И. Турсынов*, Эрмат М. Санаев, Серик Ж. Мажыров, Абу К. Дюсенов,
кафедра нейрохирургии и неврологии, НАО МУК, Караганда,
Казахстан

*Нуртас И. Турсынов, руководитель, заведующий курсом
нейрохирургии, НАО МУК, Караганда, Казахстан.

Введение: Гидроцефалия у детей является одной из самых распространенных нозологий, требующих нейрохирургического вмешательства. На современном этапе наиболее распространенным

методом хирургического лечения гидроцефалии является вентрикулоперитонеальное шунтирование. Но у этого метода лечения имеется грозное осложнение – это дисфункция шунтирующей системы. Дисфункции шунтирующих систем возникают чаще всего в результате выхода из строя одного из компонентов шунта – это может быть окклюзия вентрикулярного или перитонеального катетера, либо нарушение работы самой помпы. Ранее всем детям с дисфункцией выполнялись ревизии шунтирующей системы и замена неисправного компонента. С внедрением эндоскопической техники в нейрохирургическую практику стало возможным проведение малотравматичных хирургических вмешательств с целью дренирования боковых желудочков в другие ликворные пространства головного мозга.

Цель работы: цель исследования изучить эффективность различных методов хирургического лечения дисфункции шунтирующей системы.

Методы: в нашем центре было пролечено 6 детей с дисфункцией шунтирующей системы, из них 4 мальчиков и 2 девочек, возраст составил от 3 месяцев до 15 лет. Дисфункция заключалась: 3 – окклюзия вентрикулярного катетера, 1 – окклюзия перитонеального катетера, 2 – неадекватная работа помпы шунтирующей системы. Всем детям выполнялись нейрохирургические вмешательства: 5 пациентам проведена замена вышедшего из строя компонента

шунтирующей системы, а 1 детям эндоскопическая тривентрикулостомия дна III желудочка (одному ребенку неисправный шунт удален, а 4 пациентам произведена перевязка перитонеального катетера шунтирующей системы).

Результаты и обсуждение: результаты и обсуждения. У всех детей вне зависимости от выбора метода хирургического вмешательства, наблюдалась положительная динамика в неврологическом статусе (уменьшение или полный регресс общемозговой и очаговой симптоматики), а также по данным СКТ и МРТ (уменьшались размеры желудочковой системы и регрессировали признаки внутричерепной гипертензии).

Выводы: при дисфункции шунта имеет места как переустановка шунтирующей системы, а также эндоскопическая тривентрикулостомия дна III желудочка.

Эндоскопическая тривентрикулостомия дна III желудочка имеет преимущество в плане малоинвазивности.

Заключение: Мы считаем, что эндоскопическая тривентрикулостомия дна III желудочка должна являться операцией выбора, как менее травматичная, при дисфункции шунтирующей системы, а не рутинным методом лечения.

Список литературы

1. Антонова А.Г., Буркова А.С., Байбарина Е.Н. Пери- и интравентрикулярные кровоизлияния у новорожденных: профилактика их возникновения и прогрессирования//Педиатрия. - 1996. -№ 5. -С. 39-42.
2. Арендт А.А. Гидроцефалия и ее хирургическое лечение. -М.: Медицина, 1948. -200 с.
3. Арендт А.А., Нерсисянц С.И. Основы нейрохирургии детского возраста. М.: Медицина, 1968. -483 с.
4. Арсенин К., Константиnescу А. Внутричерепная гипертензия. - Бухарест, 1978. -190 с.
5. Артарян А.А., Артарян А.А., Гаевый О.Б., Воробьев И.А. Современные методы диагностики и лечения заболеваний нервной системы. -Уфа, 1996. -С. 3-36.
6. Арутюнов Н., Кравчук А., Маршинцев А., Фадеева Л., Корниенко В., Потапов А. Фазовоконтрастная магно-резонансная томография в диагностике и оценке лечения посттравматической гидроцефалии/ГУ съезд нейрохирургов России (материалы съезда). - Москва (18-22 июня). -2006. -С. 474.

7. Бабчин И.С., Бабчина И.П. Клиника и диагностика опухолей головного и спинного мозга. -Л.: Медицина. -1973. -184 с.
8. Берснев В.П., Олюшин В.Е., Хачатрян В.А. Гидроцефалия, диагностика и лечение//Вопр. нейрохир. -1989. -№4. -С. 37-39
9. Берснев В.П. Хирургический доступ к опухолям задней черепной ямки//Актуальные вопросы нейрохирургии детского возраста. -Л., 1990. -С. 4-9.
10. Берснев В.П., Хачатрян В.А. Гидроцефалия, диагностика и лечение: Мат. I Всесоюзного Сопещания. -Рига, 1987. -С. 9-10.
11. Бродский Ю.С. Тривентрикулярная гидроцефалия, окклюзия водопровода мозга. Гидроцефалия: диагностика и лечение. Рабочее совещание. -Рига, 1987. -С. 11-12.
12. Вецка Н.Я. Гидроцефалия. Детская нейрохирургия. -София: Медицина и физкультура 1989. -С. 99-19.
13. Гексил С., Мадуро А. Детская неврология и нейрохирургия. -Будапешт, 1996. -210 с.
14. Зейналов Б.Ф. Субгалеальное шунтирование при внутрижелудочковых кровоизлияниях у новорожденных//Передовые технологии лечения на стыке веков: Мат. 3-го Международного симпозиума. -М., 2000. -С. 90.
15. Зиненко Д.Ю., Владимирова М.Ю. Хафизов Ф.Ф. Инфекционные осложнения после шунтирующих операций у недоношенных детей с постгеморрагической гидроцефалией//Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург, 2011. -Т. 3. (спец. выпуск). -С. 390.

ОМЫРТҚАНЫҢ ДЕГЕНЕРАТИВТІ АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ ОМЫРТҚА СЕГМЕНТІНІҢ ТҰРАҚСЫЗДЫҒЫНЫҢ КІШІ ИНВАЗИЯЛЫҚ ХИРУРГИЯСЫ

Нуртас И. Турсынов*, Ибраймхан Н.К. Эрмат М. Санаев, Серик Ж.
Мажыров, Берик С. Турлубеков,
нейрохирургия және неврология,
НАО МУК, Қарағанды, Қазақстан

*Нуртас И. Турсынов, жетекші, нейрохирургия курсының
менгерушісі, НАО МУК, Қарағанда, Қазақстан.

Кіріспе:

Кейінгі екі он жылдықта омыртқа ауруларын емдеу мақсатында кіші инвазиялық хирургия қарқынды даму үстінде. Эндоскопиялық әдістерде, жұлын құрал саймандарында, импланттарда эволюция байқалуда. Кіші инвазиялық хирургияның мақсаты клиникалық нәтижелерді жақсарту, асқыныстардың санын азайту, стационарда болу уақытын қысарту сонымен қоса науқасты күнделікті қалыпты өміріне қайтару болып табылады. Ашық жасалатын оталармен салыстырғанда жұмсақ тіндердің аз жарақаттануымен, аз қан кетумен, отадан кейінгі ауырсынудың аздығымен, жасалатын тіліктің көлемімен, теж жазылумен, аз асқыныстың болуымен ерекшеленеді.

Жұмыстың мақсаты:

Кіші инвазиялық хирургиядағы PLIF кейдж және тері арқылы транспедикулярлы бекітудің тиімділігі мен ерекшеліктерін зертеу және ары қарай дамыту.

Методы:

Х.Ж Мақажанов атындағы Травматология және Ортопедия орталығындағы жоспалы және шұғыл нейрохирургия бөлімшелерінде 2018 жылы 81 науқастарға ота жасалған. Науқастарың ішінде 56% ер кісілер, 44% әйел кісілер. Асқыныстар 2,4%

Нәтижесі және талдау:

Кіші инвазиялық хирургиялық әдіспен яғни PLIF кейдж және тері арқылы транспедикулярлы бекіту оталары 81 науқасқа жасалды. Зерттеу нәтижесінде оң нәтиже алынды. Алға қойған мақсат жоспар бойынша орындалды. Ауырсыну синдромы басылып, омыртқаның тірек-қимыл қызметі қалпына келтірілді. Жасалған емнің нәтижесінде жарақттанған омыртқалар қалпына келіп, науқастың ерте аяққа тұру мақсатында қалпына келтіру шараларына жағдай жасалды. Кіші инвазиялық хирургиялық әдістің арқасында науқастың стационарда жату уақытын 2-3 есе қысқартып, өмір сүру сапасын жақсартты.

Шешім:

I. Кіші инвазиялық хирургиялық әдіс аз жарақатты және жоғары тиімді әдіс болып табылады.

II. Отадан кейінгі асқыныстар көрсеткіші төмен, науқастар қысқа уақытта қалпына келеді.

III. Кіші инвазиялық хирургиялық әдіс заманауи жетіліп, дамып келе жатқан оталар түрі болып саналады. Бұндай оталардан соң науқастардың стационарда жату уақыты қысқа.

Қорытынды:

Қазіргі заманда ең маңызды мәселерелдің бірі омыртқа ауруларын тиімді емдеу, қысқа уақыт ішінде оңалтып, науқастың өмір сүру көрсеткішін жақсарту. Қазіргі таңда омыртқа ауруларының басым бөлігі мүгедектікке әкелуі жоғарғы дәрежеде. Бұл тезисте көтеріліп отырған мәселе кіші инвазиялық хирургиялық әдістің маңыздылығы мен науқастың қалпына келу уақытының қысқаруы. Басқа ота турлерімен салыстырғанда ерекшелік тері мен жақсы нәтиже көрсетіп отыр. Кіші инвазиялық хирургиялық әдіс жылдан жылға қарқынды даму үстінде. Бірақ әліде шешілмеген мәселелер мен көтерілмеген сұрақтар көп.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Eliyas J.K Review Surgery for degenerative iumbar spine disease / J.K Eliyas, D. Karahalios // Dis Mon. 2011.-Oct.-V.57(10). – P. 592-606
2. Jose-Antonio S.S. Philosophy and concepts of modern spine surgery / S.S Jose-Antonio, M. Baabor-Aqueveque, F. Silva-Morales // Acta Neurochir Suppl.2011.-V.108. –P.23-31.
3. Haldeman S.A supermarket approach to the evidence-informant of chronic low back pain / S. Haldeman, S. Dagenais.// The Spine Journal.-2008.-V.8.-P.139-146

4. Гладков А. В., Пронских И.В. Актуальные вопросы вертебрологии. // Сборник научных трудов Ленинградского НИИТО. Ленинград. 2012.
5. Джинджихадзе Р.С., Лазарев В.А., Горожанин А.В., Борзунов А.Н., Цуладзе И.И. Перкутанная вертебропластика (обзор литературы) // Нейрохирургия. 2015. №1 С. 24-29
6. Дуров О.В., Шевелев И.Н. Тиссен Т.П. Вертебропластика при лечении опухолей позвоночника// Хирургия позвоночника. 2014. № 4. С. 68-73.
7. Дуров О.В., Шевелев И.Н., Мышкин О.А., Тиссен Т.П. Применение вертебропластики при различных видах патологии позвоночника // III съезд нейрохирургов России. Хирургия заболевания позвоночника и спинного мозга. Санкт-Петербург. 2018. С 247-248
8. Ардашев, И.П. Лечение переломов позвоночника у людей пожилого и старческого возраста / И.П.Ардашев, В.Н.Дроботов, А.А.Григорук и др. // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 135-136.
9. В.Д.Усиков, А.И.Афаунов // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы.-Курган, 2015.- С.31-33.
10. Афаунов, А.А. Хирургическое лечение посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника / А.А.Афаунов, Э.М.Полухович, А.И.Афаунов и др. // Хирургия позвоночника.- 2014.-№3.- С.8-15.
11. Власова, И.С. Возрастные критерии развития первичного остеопороза по данным количественной компьютерной томографии / И.С.Власова // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием.- М., 2015.- С.54-56.
12. Готье, С.С. Реконструктивная вертебропластика / С.С.Готье, А.Г.Аганесов, К.Т.Месхи // Хирургия позвоночника — полный спектр.-М., 2014.- С.283-284.
14. Грунтовский Г.Х. Компрессионные переломы позвоночника при остео-порозе (особенности клиники и лечения) / Г.Х. Грунтовский, И.Б. Тимченко // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии: Конференция с международным участием.- М., 2016.- С. 140-141.

For notes:

For notes:

