



**JOURNAL OF MEDICINE AND  
PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА  
ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ**

**КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ  
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

**eISSN: 1562-2967**

**ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ**  
**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ**  
**ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
**КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**  
**SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY**  
**JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

**Журнал перерегистрирован**

**Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство**

**№KZ89VPY00065454 от 24.02.2023 года.**

**ISSN 1562-2967**

**«Казахстанский журнал медицины и фармации» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822**

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

Адрес редакции:

160019 Республика Казахстан,

г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1

Тел.: 8(725-2) 39-57-57, (1095)

Факс: 40-82-19

[www.skma.edu.kz](http://www.skma.edu.kz)

e-mail: [info@skma.kz](mailto:info@skma.kz)

**Главный редактор**

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

**Заместитель главного редактора**

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, профессор

**Редактор научного журнала**

Сейіл Б.С., магистр медицинских наук, докторант

**Редакционная коллегия:**

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент

Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент

Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент

Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор

Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор

Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор

Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)

Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)

Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)

Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)

Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)

Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)

Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)

Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)

Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республи

ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ, 2023 жыл  
X международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы  
развития биологии, медицины и фармации»



**«БИОЛОГИЯ, МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯНЫҢ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ»**  
атты жас ғалымдар мен студенттердің X халықаралық ғылыми конференциясы  
7-8 желтоқсан 2023 жыл

X международная научная конференция молодых ученых и студентов  
**«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ»**  
7-8 декабря 2023 года

X International scientific conference of young scientists and students  
**«PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF BIOLOGY, MEDICINE AND PHARMACY»**  
7-8 December, 2023

**КОНФЕРЕНЦИЯНЫ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫ:**  
Нұрсұлтан Назарбаев қоры жанындағы Ғылым жөніндегі кеңесі және  
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  
**ОРГАНИЗАТОР КОНФЕРЕНЦИИ**  
Совет по науке при фонде Нурсултана Назарбаева и АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»  
**CONFERENCE ORGANIZER**  
Nursultan Nazarbayev Foundation and JCS «South Kazakhstan Medical Academy»

Секция «Инновации в медицине: от теории к практике»

УДК 616.9-036.3

Абдулдаева Ә.Е., Азатбекова О.А., Асанбай Ә.М., Батыр З. Қ.  
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ Шымкент қ., Қазақстан

**БАЛАЛАРДАҒЫ ҚЫЗЫЛША: ЗАМАНАУИ ВАКЦИНАПРОФИЛАКТИКА**

*Аннотация*

Бұл мақалада балалардағы қызылшаға қарсы заманауи вакцинопрофилактика мәліметтері берілген.

**Кілт сөздер:** балалар, қызылша, вакцинапрофилактика.

Абдулдаева Ә.Е., Азатбекова О.А., Асанбай Ә.М., Батыр З. Қ.  
АО «Южно Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

**КОРЬ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННАЯ ВАКЦИНАПРОФИЛАКТИКА**

*Аннотация*

В статье описана современная вакцинопрофилактика против кори у детей.

**Ключевые слова:** дети, корь, вакцинапрофилактика.

Abduldaeva A.E., Azatbekova O.A., Asanbay A.M. Batyr Z.K  
JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**MEASLES IN CHILDREN: MODERN VACCINE PREVENTION**

*Annatation*

The article describes modern vaccine prevention against measles in children.

**Key words:** children, measles, vaccine prevention.

**Кіріспе.** Қызылша иммунопрофилактикамен бақыланатын өте жұқпалы аурулар тобына жатады, бірақ қолданыстағы тиімді және қауіпсіз қызылшаға қарсы вакциналарға қарамастан, ол денсаулық сақтауда үлкен мәселе болып отыр [3]. Ауру барлық жерде, барлық аумақтарда, барлық климаттық аймақтарда кеңінен таралған.

Қызылшаның эпидемиялық процесінің көрінісін вакцинацияға дейінгі және тұрғындарды жоспарлы белсенді иммундау енгізілген кезеңге бөлуге болады. Иммунизацияны енгізуге дейін аурушандықтың динамикасы ұзақ уақыт циклдік болды. Жыл сайын дүние жүзінде 30 миллионға жуық адам қызылшамен ауырады, оның 2 миллионы қайтыс болды [3,4].

Қызылшаға қарсы тірі вакцинаны қолдану 1970 жылдардың басында қызылшамен сырқаттанушылықтың күрт төмендеуіне әкелді. 2008 жылы ДДҰ қызылшаны жою бағдарламасын әзірледі, оны жүзеге асыру үшін бірқатар ғылыми негізделген алғышарттар бар: жануарларда немесе қоршаған ортада қызылша вирусының резервуары жоқ; қызылша - бұл қатаң антропоноз; вирустың бір антигендік нұсқасы бар; вакциналар тиімді және қауіпсіз; ауру иммунопрофилактика арқылы ғана бақыланады.

Қызылшаны жою үшін үздіксіз мониторинг және қызылшаның барлық күдікті жағдайларын анықтап, зертханалық дәлелдейтін эпидемиологиялық бақылау арқылы қол жеткізуге болады.

Тарихи деректер: қызылша көне заманнан белгілі. 9 ғасырда Бағдат емшісі Әбу Бәкір Арази «Шешек және қызылша туралы» трактатында қызылшаның белгілерін, емдеуін және алдын алуды сипаттайды; Томас Сиденхам 17 ғасырда «Ағылшын Гиппократтары» деп аталды қызылшаның клиникалық көрінісін егжей-тегжейлі сипаттады. Қызылша эпидемиялары ірі қалаларда жиі орын алды; Дәрігерлер оны жоғары жұқпалы аурумен байланыстырды және XX ғасырда қызылшаның «жұқпалылық индексі» белгіленді, 95%-ға жуық [3]

Қазақстанда 2018 жылғы деректерге сүйенетін болсақ, қызылшамен ауырғандар көрсеткішінде аурулардың ең көп саны 0-14 жасты қоса алғанда (100 мың халыққа шаққанда 9,61) балалар арасында тіркелді, 15-17 жас тобындағы көрсеткіштер біршама төмен (100 мың халыққа шаққанда 0,9). Бұл 2017 жылмен салыстырғанда (тиісінше 3,19 және 0,01) 3 есе көп. Әкімшілік аумақтар арасында Астана қаласында (қазіргі НұрСұлтан қаласы) жоғары аурушандық байқалады, жалпы халықтың қызылшамен аурушандық көрсеткіші бүкіл Қазақстан бойынша деректерден 13 есе жоғары, балалар тобында. 0-14 жас – 100 мың халыққа 128,3 жағдай, 15-17 жас – 100 мың халыққа 13,38 жағдай тіркелген.

О.С.Киценконың айтуынша, қызылшаны «үлкен қала ауруы» қатарына жатқызуға болады) [3,4]. Ақмола облысында көрсеткіштер 4,3 есеге; Қарағанды және Түркістан облыстарында қызылша тек 0-14 жас аралығындағы балалар арасында тіркелген. Алматыда да аурушандықтың артуы байқалған.

2019 жылы Қазақстанда қызылша індетімен – 13 326 адам тіркелді. 0 мен 14 жас аралығындағы балалар арасында тіркелген қызылша ауруының 9 409 жағдайының 7 802-сі

(83%) вакцина алмағандар. Олардың көпшілігі қызылшаға қарсы екпе алу үшін жасы жетпеген сәбилер болған. Қазақстанда 2023 жылдың 1 қыркүйегіндегі жағдай бойынша қызылшамен 4306 жағдай тіркелді. Оның ішінде 3581 жағдай немесе 83 % 14 жасқа дейінгі балалар. «Жалпы ауруға шалдыққандардың 71% вакцина алмаған балалар. Олардың ішінде балалардың 60% екпеден бас тарту себебінен, 18,3% – медициналық көрсеткіштерге және 21% екпе алуға жасы жетпеуіне байланысты екпе салынбаған.

**Негізгі бөлім. Қызылша** – қызылшаның РНК бар вирусы тудыратын, ауа-тамшылық таралу тетігіне ие, жоғары контагиозды жіті вирустық жұқпалы ауру. Қызылшаға тән болатын қызбамен, көздің сілемейлі қабықшаларының, мұрын-жұтқыншақ пен жоғары тыныс алу жолдарының талаурап қабынуымен, ауыздың сілемейлі қабығына шығатын ерекше бөртулермен және терідегі теңбіл-папулалы бөртпелермен өтеді [1].

**Шағымдар:**· қызудың 38-39 0 С-қа дейін көтерілуі;· бастың ауыруы; әлсіздік, енжарлық, дімкәстік; мұрынның бітелуі, түшкіру, сірнелі (сероздық) мұрын сөлінің мол бөлінуі; тыныс алу жолдарындағы жыбырлау сезімі; дауыстың қарлығы; қатты (дөрекі) жөтел; көзден жас ағу, жарықтан қарығуы; теріге бөртпелердің шығуы.

**Талаурау кезеңінде (кезеңнің ұзақтығы 3-4 күн)** үдемелі талаурау синдромы (жөтел, ринит, конъюнктивит, көзден жас ағу, жарықтан қарығу, блефароспазм); қызылша энантемасы: жұмсақ, ішінара қатты таңдайдың сілемейлі қабығындағы қызыл, біртекті пішіндегі дақтар; кіші азу тістерге қарсы ұрттың сілемейлі қабығындағы, сирек – еріннің, қызылиектің сілемейлі қабығындағы Бельский-Филатов-Коплик дақтары (кезеңнің соңында).

**Бөртпелер кезеңінде:** дене қызуының қайталап көтерілуі; тәулік ішінде мойынға, кеуденің жоғарғы бөлігіне таралумен құлақтың сырт жағында, бетте бөртпелердің кезеңдік пайда болуы; 2-күні экзантема кеудеге, 3-күні аяқ-қолдың проксималды бөлімдеріне таралады; бірігу беталысы бар және өшу кезінде теңбілдік реңденуге ауысатын макуло-папулалық бөртпелер; улану, тыныс алу жолдарының сілемейлі қабықтары мен көздің шырықты қабықтары (конъюнктивалары) тарапынан болатын талаурау құбылыстары (мұрынның бітелуі, жөтел, көзден жас ағу, көздің қарығуы) күшейеді. Бельский-Филатов-Коплик дақтары кезеңнің бас кезінде сақталады, кейін кетіп қалады; трахеобронхит құбылысы; жүректің соғу дыбысының (үнінің) тұншығуы, артериялық қысымның төмендеуі (гипотензия)[1].

**Реңдену кезеңінде:** бөртпелер орнында теңбіл дақтар қалдыра отырып, пайда болған кездегі реттілігі бойынша жоғала бастайды.

**Митигирленген** қызылша науқаспен байланыста болған кезден бастап алғашқы 5 күнде профилактикалық мақсатта гаммаглобулин қабылдаған балаларда байқалады. Жеңілдетілген

қызылша кезінде инкубациялық кезең 21 күнге дейін ұзаруы мүмкін. Бұл формада инфекциялық процестің циклділігі бұзылады, катаральды белгілер әлсіз көрінеді, катаральды кезең 1-2 күнге дейін қысқарады немесе мүлде болмауы мүмкін. Науқастардың көпшілігінде Бельский-Филатов-Коплик дақтары жоқ. Бөртпе аурудың басталуынан бастап 1 немесе 2-ші күні бір мезгілде пайда болады, оны дененің терісінің белгілі бір аймақтарында байқауға болады. Бөртпелер кішкентай, көп емес, өзгермеген тері фонында макулопапулярлы. Бөртпе 1-2 күнге созылады және пигментация немесе пиллинг қалдырмай, дереу жоғалады. Аурудың ағымы әдетте асқынусыз өтеді)[1].

Қызылшаның анық емес (стертая) формасы клиникалық тұрғыдан митигирленген формадан ерекшеленбейді және 2 жастан 10 жасқа дейінгі егілген балаларда кездеседі

**Аггравирлі** симптомдары бар қызылша (гипертоксикалық, геморрагиялық, қатерлі) өте сирек кездеседі. Геморрагиялық түрінде интоксикация мен геморрагиялық синдромдарға байланысты науқастардың жағдайы ауыр болады. Теріде және шырышты қабаттарда көптеген қан кетулер байқалады, мұндай науқастарда зәр анализінде гематурияны анықтайды.

Гипертоксикалық және қатерлі формалардың клиникасында интоксикация симптомдары және гиперестезия түріндегі жүйке жүйесіндегі өзгерістер, тырысу ұстамалары басым болады. Бұл формалар көбіне өлімге әкеледі ) [1,3].

Қызылшаның жеңіл түрі жеңіл интоксикация белгілерімен, дене температурасының 2-3 күн бойы 38 0С дейін көтерілуімен, жеңіл жөтелмен, мұрыннан су ағумен және конъюнктивитпен сипатталады. Науқастардың 30% -ында Бельский-Филатов-Коплик дақтары байқалады. Макулярлы және макулопапулярлы бөртпе 4-5-ші күндері пайда болып және бірігуге бейім болады. Аяқтарда бөртпе әдетте аз немесе мүлде болмайды ) [1,3,4].

Орташа түрі жалпы интоксикация симптомдарымен, дене қызуының 39 С дейін көтерілуімен, жоғарғы тыныс жолдарының катаральды белгілерімен және конъюнктивитпен сипатталады. Барлық науқастарда Бельский-Филатов-Коплик дақтары байқалады. Бөртпе кезеңі жоғары температурамен, катаральды белгілердің және интоксикацияның күшеюімен жүреді. Бөртпе әдетте көп, макулопапулярлы, біріктірілген, бетте, денеде, аяқ-қолдарда байқалады және кезеңді сипатқа ие. Орташа ауырлықта бронх-өкпе және жүйке жүйесінен (2-3%) асқинулар болуы мүмкін ) [1,3,4].

Қызылшаның ауыр түрі 40 С-қа дейінгі гипертермиямен, сананың бұзылуымен жүйке жүйесінің зақымдануымен (құрысу дайындығы мен құрысулар болуы мүмкін), адинамиямен сипатталады. Катаральды симптомдар айқын, Бельский-Филатов-Коплик дақтары барлық науқастарда кездеседі. Бөртпелер көп, біріктірілген, макулопапулярлы, кейде геморрагиялық

сипатта болады. Бөртпенің дамуы бұрынғысынша сақталады. Басқа формаларға қарағанда орталық жүйке жүйесі мен бронх-өкпе жүйесінен асқынулар жиі байқалады)[1,3,4].

**Зертханалық зерттеулерде, жалпы қан анализінде:** талаурау кезеңінде - лейкопения, нейтропения; бөртпелер кезеңінде - лейкопения, эозинопения, тромбоцитопения; бактериялық асқынулар дамыған жағдайда - лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфоцитопения)[1].

**Жалпы зәр анализінде** - протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.

**Диагностикалаудың серологиялық әдісі (қызылша антигенмен ИФА әдісі арқылы қан сарысуындағы телімді Ig M анықтау):** қан сарысуындағы Ig M кластық телімді антиденелерді (Ig M түзілуі екпе егумен байланысты туындаған жағдайлардан басқа) айқындайды. **ПТР:** қандағы қызылшаның РНҚ вирусын табады.

**Аспаптық зерттеулерден** кеуде қуысы ағзаларының рентгенографиясы (өкпе түбірлерінің (тамыр) күшею белгілері); ЭКГ (миокардтың жайылмалы (диффузиялы) зақымдану белгілері) жүргізіледі)[1].

**Профилактикалық шаралар.** Қызылшаның арнайы профилактикасы белсенді (ЖКҚ) және пассивті болып бөлінеді. 1 жасқа толған және қызылшамен ауырмаған балалар қызылшаға қарсы екпе жоспарлы түрде егіледі. Ревакцинация 6 жаста жүргізіледі) [1].

Қазіргі эпидемиологиялық (2023 ж) жағдай 5 жасқа дейінгі балалар арасында қызылша ауруының жоғары тіркелуімен сипатталады. «Қызылшамен ауырғандардың 65% солардың үлесінде». Жалғыз тиімді алдын алу шарасы вакцинация екенін ескере отырып, қызылшаның одан әрі таралуын болдырмау үшін 6 айдан 11 айға дейінгі балаларға, сонымен қатар 2 жастан 5 жасқа дейінгі балаларды қоса алғанда, медицина қызметкерлеріне қосымша екпе енгізу жоспарлануда) [2].

Арнайы емес профилактикалық шараларға инфекция көзін ерте анықтау және оқшаулау және контактілер арасындағы шаралар жатады ) [1].

Науқасты бөртпе пайда болған сәттен бастап 5 күнге дейін оқшаулау. Екпе жасалмаған, жанасушы тұлғаларды инкубацияның 8-күнінен бастап 17 күнге дейін, енжар иммундауға ұшыраған жанасушыларды 21 күнге дейін бөлектеп ұстау.

қызылшаға қарсы екпеге қарсы көрсеткіштері бар екпе алмаған науқаспен контактіде болған балаларға пассивті иммундау жүргізіледі. Стоматиттің алдын алу үшін – жиі жылы сусындар ішкізіледі. Іріңді конъюнктивиттің алдын алу үшін көзді қайнаған жылы сумен жиі жуу қажет.

жалпы қауіп белгілері, тыныс алу жолдарының (пневмония, көмейдің тарылуымен ларингит, жылдам тыныс алу), көз (блефарит, кератит, кератоконъюнктивит), ас қорыту жүйесі



(стоматит, энтерит, колит), шығару жүйесі (цистит, пиелит, пиелонефрит) және есту мүшелері (отит, мастоидит) асқынуы пайда болған кезде балаларды стационарлық емдеуге жібереді) [1,3,4].

#### **Әдебиеттер тізімі**

1. «Корь у детей» Клинический протокол МЗ РК – 2016. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016
2. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 1 ноября 2023 года № 7 «О проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий против кори».
3. Как предотвратить распространение вируса кори в ЛПУ. Защита людей с ослабленным иммунитетом и не прошедших вакцинацию // Главная медицинская сестра. – 2019
4. Особенности диагностики и профилактики кори на современном этапе / Я.М. Еремушкина, Т.К. Кускова, Е.Т. Вдовина [и др.] // Лечащий Врач. - 2019. - №11.

УДК 616-072.7

**Абзалбеков А.З., Токпанов А.К., Аскарров М.С., Мәми Д.Е.**

КГП «Областная детская клиническая больница» г. Караганда, Казахстан

ТОО «Региональный диагностический центр» г. Алматы, Казахстан

## **БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

### ***Аннотация***

*Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) характеризуется ретроградным забросом мочи в верхние мочевые пути из мочевого пузыря. ПМР составляет 25-30% от всех пороков и заболеваний мочевыделительной системы у детей [1]. В патогенезе рефлюкса лежит врожденная недостаточность уретровезикального сегмента (УВС) и вторичные изменения клапанного механизма за счет воспаления мочевыделительной системы [2]. По данным авторов в детской урологической практике более 75% случаев ПМР обусловлены за счет недостаточности УВС органического генеза (гипоплазия верхней и нижней губы устья мочеточника, дистопия устья мочеточника, короткий внутрипузырный отдел мочеточника и*

др.), а остальные 25% вторичного генеза (инфекция мочевых путей, пиелонефрит, восходящая инфекция и др.) [3].

**Ключевые слова:** ПМР, Эндоскопическая коррекция, полимер гидрогель

**Абзалбеков А. З., Тоқпанов А. К., Асқаров М. С., Мәми Д. Е.**

«Облыстық балалар клиникалық ауруханасы» КМК Қарағанды қ, Қазақстан

"Өңірлік диагностикалық орталық" ЖШС Алматы қ., Қазақстан

## **БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІМДЕРДЕГІ ВЕЗИКОУРЕТРАЛЬДЫ РЕФЛЮКСТІ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУДІҢ ЖАҚЫН ЖӘНЕ АЛЫС НӘТИЖЕЛЕРІ**

### **Аннотация**

Везикоуретральды рефлюкс (PMR) несептің қуықтан жоғарғы зәр шығару жолына ретроградтық құйылуымен сипатталады. PMR балалардағы зәр шығару жүйесінің барлық ақаулары мен ауруларының 25-30% құрайды [1]. Рефлюкс патогенезінде уретровезиялық сегменттің (UVS) туа біткен жеткіліксіздігі және зәр шығару жүйесінің қабынуы арқылы клапан механизмінің қайталама өзгерістері жатыр [2]. Авторлардың пікірінше, балалар урологиялық тәжірибесінде PMR жағдайларының 75% - дан астамы органикалық генездің UVS жеткіліксіздігіне байланысты (неспағар сағасының жоғарғы және төменгі ерін гипоплазиясы, неспағар сағасының дистопиясы, неспағардың қысқа ішілік бөлімі және т. б.), ал қалған 25% қайталама Генезис (зәр шығару жолдарының инфекциясы, пиелонефрит, өсіп келе жатқан инфекция және т. б.) [3].

**Кілт сөздер:** ПМР, Эндоскопиялық түзету, полимерлі гидрогель

**Abzalbekov A.Z., Tokpanov A.K., Askarov M.S., Mami D.E.**

KGP «Regional Children's Clinical Hospital» Karaganda, Kazakhstan

LLP "Regional Diagnostic Center" Almaty, Kazakhstan

## **IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF ENDOSCOPIC CORRECTION OF VESICoureTERAL REFLUX IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

### **Annotation**

Vesicoureteral reflux (PMR) is characterized by retrograde discharge of urine into the upper urinary tract from the bladder. PMR accounts for 25-30% of all defects and diseases of the urinary system in children [1]. The pathogenesis of reflux is based on congenital insufficiency of the

*urethrovesical segment (UVS) and secondary changes in the valve mechanism due to inflammation of the urinary system [2]. According to the authors, in pediatric urological practice, more than 75% of cases of PMR are due to insufficiency of UVS of organic origin (hypoplasia of the upper and lower lips of the ureteral mouth, dystopia of the ureteral mouth, short intravesical ureter, etc.), and the remaining 25% of secondary genesis (urinary tract infection, pyelonephritis, ascending infection, etc.) [3].*

**Key words:** *PMR, Endoscopic correction, polymer hydrogel*

**Цель исследования.** Оценка непосредственных и отделенных результатов эндоскопической коррекции ПМР у детей и подростков.

**Материал и методы.** Клинические наблюдения результатов эндоскопического лечения 45 детей с ПМР находившихся в отделении общей хирургии КГП «ОДКБ» г. Караганды с 2005 по 2012г.г. и в отделении многопрофильной хирургии ТОО «РДЦ» г. Алматы в период с 2018 по 2023г.г.

25 детям (1 группа) устранение рефлюкса проведено эндоскопической инсуфляцией "Полимер Гидрогеля" в подслизистый слой устья мочеточника обще предлагаемым путем создания болюса на одной плоскости.

20 детям (2 группа) эндоскопическая коррекция проводилась путем создания двух болюсов на противоположных плоскостях. Методика Double-hit. Под визуальным контролем первый вкол иглы с инсуфляцией аллоимплантанта производят в верхнем полюсе интрамурального отдела мочеточника в подслизистый слой на 12 часах в глубине 0,5 – 1,0см до соприкосновения сформировавшегося болюса с нижней стенкой мочеточника по направлению «сверху-вниз», далее второй вкол проводят снаружи на 0,3см дистальнее от устья на 6 часах по нижней губе, до соприкосновения со стенкой верхней губы устья. Таким образом, сформированные болюсы в интрамуральном отделе мочеточника и у входа в устья мочеточника удлиняют и суживают пузырный отдел мочеточника путем создания S – образной формы.

**Результаты и обсуждения.** Основными критериями оценки результатов лечения ПМР явились: длительность проводимой операции, состояние ребенка в раннем послеоперационном периоде, длительность нахождения в стационаре, показатели анализов крови и мочи, наличие или отсутствие обострения пиелонефрита, а в отдаленном периоде основной оценкой результата были наличие или отсутствие рецидива ПМР.

Ретроспективное и проспективное изучение сравнительных результатов эндоскопической коррекции ПМР показало, что в обоих методах эндоскопической коррекции длительность составила 10 - 15 мин. В раннем послеоперационном периоде дети 1 и 2 группы

активизировались уже на следующий день после удаления мочевого катетера. Болевого симптома у детей обеих групп не было, дети обезболивались однократно после выведения из наркоза. В среднем после эндоскопической коррекции длительность нахождения пациентов в стационаре составляло 3 - 4 суток. В раннем послеоперационном периоде дети после традиционных уретероцистостомий активизировались лишь на 5 - 6 сутки из-за болевого симптома и наличия уретерального и мочевого катетеров. Болевой симптом у этих детей наблюдался до 3-4 суток и дети постоянно неоднократно обезболивались и в среднем пациенты в стационаре находились 9 - 10 суток.

В лабораторных анализах после эндоскопической коррекции полная санация мочи достигнута на 3 сутки, а после традиционных операций макро и микрогематурия сохранялась в среднем до 8 суток.

Рецидивы обострения обструктивного пиелонефрита в отдаленном периоде после эндоскопической коррекции у детей 1 группы вторичный обструктивный пиелонефрит наблюдался лишь у 4 (16%) детей. У детей 2 группы наблюдался у 2 (10%), тогда как после традиционных операций практически у 50% детей имеется обострение пиелонефрита. На контрольном обследовании через 6 - 12 - 18 месяцев рецидивы ПМР после эндоскопической коррекции в 1 группе имело место у 4 (16%), где 2 детей были с ПМР II степени и 2 с ПМР III степени. Всем детям этой группы с учетом анатомических особенностей УВС (латерализация устья, короткий пузырный отдел и тонкая стенка мочеточника) проведена повторная эндоскопическая коррекция.

Результаты обследования у 2 группы также выявило рецидив заболевания у 4 (20%) пациентов. У 1 (5%) ребенка с ПМР III степенью и у 3 (15%) с ПМР IV степенью. Всем детям 2-ой группы с рецидивами заболевания также устраняли повторным ведением "Полимер Гидрогеля" по предложенному нами способу, создавая адекватный антирефлюксный клапанный механизм. У 3 детей с ПМР IV степени после повторной эндоскопической коррекции также сохранялся рецидив заболевания. 2 детям провели трансабдоминальное лапароскопическое удлинение пузырного отдела мочеточника по методике Лич – Грегуара (Lich – Greoir) и 1 ребенку провели трансабдоминальную лапароскопическую реимплантацию мочеточника на дно мочевого пузыря с формированием устья в виде соска (уретероцистостомия по Блохину), так как у пациента в после двукратной эндоскопической коррекции нами верифицирован склероз пузырной части мочеточника в УВС.

**Выводы:**

1. Сравнительный анализ результатов оперативных вмешательств показал, что коррекцию ПМР у детей необходимо начать с методов эндоскопической коррекции.

2. Коррекция ПМР традиционным оперативным методом проводится в большинстве случаев при II – III степени, тогда как эндоскопическую коррекцию можно проводить и при I степени ПМР.

3. Неоднократное использование классической одноболюсной эндоскопической коррекции и отсутствие эффекта является абсолютным показанием к созданию антирефлюксного клапанного механизма путем эндоскопического создания двух болюсов гидрогелем на противоположных плоскостях или проведению лапароскопической операции.

#### **Список литературы:**

1. Данилова Т.И. Влияние эндоскопической коррекции рефлюкса на функциональное состояние нижних мочевых путей // Т.И. Данилова, В.В. Данилов // Детская хирургия. 2007. - №2.- С. 20 - 22.

2. Дехандт И.И. Эндоскопическая коррекция пузырно - мочеточникового рефлюкса у детей инъекцией полимерными гидрогелями. // Автореф.дис.канд.мед.наук. - Республика Казахстан, г.Алматы.2002.- 21с.

3. Wong M.Y. Endoscopic correction. Curr. Opin. Urol. 2008. Jul;11(4): 367-372.

УДК 616-072.7

**Абзалбеков А.З.<sup>1,2</sup>, Ким Д.А.<sup>2</sup>, Аман Н.А.<sup>2</sup>**

Казахстанско-Российский медицинский университет<sup>1</sup> г. Алматы, Казахстан

ТОО «Региональный диагностический центр»<sup>2</sup> г. Алматы, Казахстан

### **УРЕТЕРОНЕОСТОМИЯ ПО ПОЛИТАНО-ЛИДБЕТТЕРУ ЕДИНЫМ БЛОКОМ В ЕДИНОМ ФУТЛЯРЕ ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ**

#### ***Аннотация***

*Клинический случай - пациент 2020г.р. Поступил на стационарное лечение в ТОО «Региональный диагностический центр» г.Алматы с диагнозом: Врожденный порок развития мочевыделительной системы. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) 3 степени нижней половины удвоенной левой почки. Вторичный пиелонефрит в стадии латентного воспаления. На в/в экскреторной урографии отмечается полное удвоение левой почки с резким*

расширением мочеточника нижней половины до 1,5 см, при этом диаметр мочеточника верхней половины - 0,3 см. На Компьютерной томографии (КТ) мочевыделительной системы (МВС) с контрастированием паренхима нижней половины удвоенной левой почки по сравнению с верхней половиной истончена на 15-20%, также чашечки расширены до 1,5 см, а лоханка расширена более 4,0 см в поперечном сечении. Микционная цистография подтверждает активно-пассивный ПМР 3-4 степени в нижнюю половину удвоенной левой почки

**Ключевые слова:** ПМР, уретерогидронефроз, уретероцистонеостомия по Политано-Лидбеттеру

**Абзалбеков А.З.<sup>1,2</sup>, Ким Д.А.<sup>2</sup>, Аман Н.А.<sup>2</sup>**

Қазақстан-Ресей медициналық университеті Алматы қ., Қазақстан  
«Аймақтық диагностикалық орталық» ЖШС Алматы қ., Қазақстан

### **ҚОСАРЛАНҒАН НЕСЕПАҒАРҒА БІР БЛОКТА, БІР ФУТЛЯРДА ПОЛИТАНО-ЛИДБЕТТЕР БОЙЫНША УРЕТЕРОНЕОСТОМИЯ**

#### **Аннотация**

Клиникалық жағдай - 2020 ж. пациент Алматы қаласындағы "Аймақтық диагностикалық орталық" ЖШС-не зәр шығару жүйесінің туа біткен ақауы диагнозымен стационарлық емделуге түсті. Қосарланған сол жақ бүйректің төменгі жартысының 3 дәрежелі қуық-несепағар рефлюксі. Жасырын қабыну сатысындағы екіншілік пиелонефрит. Вена ішілік экскреторлық урографияда төменгі жартысының несепағарының күрт кеңейімен 1,5 см дейін, сол жақ бүйректің толық қосарлануы байқалады, ал жоғарғы жартысының несепағарының диаметрі 0,3 см. Зәр шығару жүйесінің контрастпен компьютерлік томографиясында (КТ) сол жақ бүйректің төменгі жартысының паренхимасы жоғарғы жартысымен салыстырғанда 15-20% жұқарған, сонымен қатар тостағаншалар 1,5 см-ге дейін кеңейген, ал түбекше 4,0 см-ден асады. Микциялық цистография 3-4 дәрежелі қуық-несепағар рефлюксі сол жақ бүйректің төменгі жартысына дейін растайды.

**Кілт сөздер:** ҚНР (қуық-несепағар рефлюксі), уретерогидронефроз, Политано-Лидбеттер бойынша уретероцистонеостомия.

**Abzalbekov A.Z.<sup>1,2</sup>, Kim D.A.<sup>2</sup>, Aman N.A.<sup>2</sup>**

Kazakh-Russian Medical University<sup>1</sup> Almaty, Kazakhstan  
Regional Diagnostic Center Almaty<sup>2</sup>, Kazakhstan

## URETERONEOSTOMY ACCORDING TO POLITANO-LIDBETTER AS A SINGLE BLOCK IN A SINGLE CASE WITH COMPLETE DOUBLE

### *Annotation*

*Clinical case - patient born in 2020. He was admitted for inpatient treatment at the Regional Diagnostic Center in Almaty with a diagnosis of: Congenital malformation of the urinary system. Vesicoureteral reflux of the 3rd degree of the lower half of the double left kidney. Secondary pyelonephritis in the stage of latent inflammation. IV excretory urography shows complete doubling of the left kidney with a sharp dilation of the lower half ureter up to 1.5 cm, while the diameter of the upper half ureter is 0.3 cm. On computed tomography (CT) of the urinary system (UMS) with contrast, the parenchyma of the lower half of the double left kidney is thinned by 15-20% compared to the upper half, the calyces are also dilated to 1.5 cm, and the pelvis is dilated by more than 4.0 cm in the transverse section. Victory cystography confirms active-passive VUR of 3-4 degrees in the lower half of the doubled left kidney.*

**Key words:** PMR, ureterohydronephrosis, ureterocystoneostomy according to Politano-Lidbetter

**Актуальность.** Пузырно-мочеточниковой рефлюкс (ПМР) характеризуется ретроградным забросом мочи в верхние мочевые пути из мочевого пузыря. ПМР составляет 25-30% от всех пороков и заболеваний мочевыделительной системы у детей [1]. В патогенезе рефлюкса лежит врожденная недостаточность уретровезикального сегмента (УВС) и вторичные изменения клапанного механизма за счет воспаления мочевыделительной системы. По данным авторов в детской урологической практике более 75% случаев ПМР обусловлены за счет недостаточности УВС органического генеза (гипоплазия верхней и нижней губы устья мочеточника, дистопия устья мочеточника, короткий внутрипузырный отдел мочеточника и др.), а остальные 25% вторичного генеза (инфекция мочевых путей, пиелонефрит, восходящая инфекция и др.). [2-3]

**Цель исследования.** Демонстрация клинического случая хирургического лечения при ПМР одной из половин при полном удвоении мочевых путей в детском возрасте.

**Результаты и обсуждения.** Все ведущие урологи при данном пороке рекомендуют 3 вида операции: 1. Внутрипузырную уретеронеостомию единым блоком по Коэну 2. Смешанную (внутри - и внепузырную уретеронеостомию) по Политано-Лидбеттеру или операцию Хендрена. 3. Уретеро - уретеростомию конец в бок (среди ведущих детских урологов данный метод не нашел широкого применения, так как чреват множеством осложнений). Также не рекомендуют отдельную пересадку патологического мочеточника, когда оба мочеточника

находятся в одном футляре, при мобилизации расширенного мочеточника часто нарушается кровоснабжение здорового мочеточника. Учитывая возраст пациента, объем мочевого пузыря, интраоперационную картину, где патологическое устье расположено латерально от угла треугольника Льео и расширенное в диаметре до 1,0 см и несколько медиальное расположение нормального устья, мы приняли решение провести операцию по Политано - Лидбеттеру единым блоком в одном футляре. Неоимплантированные мочеточники интубированы внутренними стент -катетерами. Послеоперационный рентген снимок показан на рисунок 1,2.



Рис. 1-Р-грамма до операции

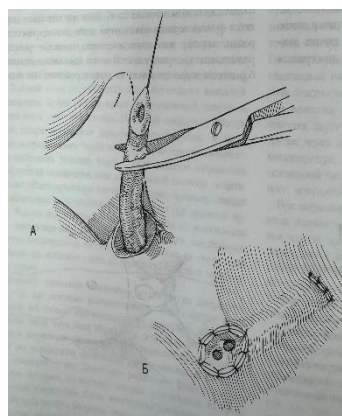


Рис. 2-Техника операции



Рис. 3-Интраоперационный  
снимок



Рис. 4-Р-грамма после операции

#### **Выводы:**

Таким образом, при ПМР одной из половин, при полном удвоении мочевых путей необходимо проводить уртероцистонеоанастомозию обоих мочеточников единым блоком, для исключения нарушения питания здорового мочеточника.

При малых размерах мочевого пузыря необходимо проводить оперативным прием по Политано-Лидбеттеру, при достаточных размерах - создание подслизистого туннеля можно проводить по Коэну.



**Список литературы:**

1. Лопаткин, Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс//— Методические рекомендации. М.: Медицина, 1990. – 208с. С.118-120.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия (пер. с англ.) // СПб.: 1997. Т.2. - С. 314-328.
3. Greenfield S.P. Management of vesicoureteral reflux in children // Curr. Urol. Rep. - 2001. - Vol. 2. - P. 113-12

УДК 616-072.1

**Аблайханова Н.Т., Шадман Н.О., Шаймерденкызы А.**

РГП на ПХВ «Больница Медицинского центра Управления делами Президента  
Республики Казахстан», Астана, Казахстан

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЯХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Аннотация**

*Глиальные опухоли - наиболее распространённый тип первичных опухолей центральной нервной системы. Некоторые подтипы глиом вызывают значительную смертность и тяжелое течение болезни. Ежегодная глобальная стандартизированная по возрасту заболеваемость первичными злокачественными опухолями головного мозга составляет ~3,7 на 100000 мужчин и ~2,6 на 100000 женщин.*

**Ключевые слова:** глиома, глиобластома, молекулярно-генетические маркеры, гены IDH1/2, 1p-19q, BRAF V600E, MGMT, CDKN2A/B.

**Аблайханова Н.Т., Шадман Н.О., Шаймерденкызы А.**

«Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медицина Орталығының  
Ауруханасы» ШЖҚ РМК, Астана , Қазақстан

**МИ ІСІКТЕРІН МОЛЕКУЛЯРЛЫҚ -ГЕНЕТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДЕГІ  
ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

**Аннотация**

Глиальды ісіктер орталық жүйке жүйесінің біріншілік ісіктерінің ең көп таралған түрі болып табылады. Глиомалардың кейбір кіші түрлері айтарлықтай өлім мен ауыр ауруды тудырады. Бас миының қатерлі ісіктерінің жыл сайынғы жаһандық жас бойынша стандартталған жиілігі 100 000 еркекке шаққанда ~ 3,7 және 100 000 әйелге ~ 2,6 құрайды. [1]

**Кілт сөздер:** глиома, глиобластома, молекулалық-генетикалық маркерлер, IDH1/2, 1p-19q, BRAF V600E, MGMT, CDKN2A/B гендер.

**Ablaikhanova N., Shadman N., Shaimerdenkyzy A.**

RSE “Hospital of the Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan” on the PCV, Astana, Kazakhstan

## INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN MOLECULAR GENETIC RESEARCH OF BRAIN TUMORS

### *Annotation*

*Glial tumors are the most common type of primary tumors of the central nervous system (CNS). Some subtypes of gliomas cause significant mortality and severe course of the disease. The annual global age-standardized incidence of primary malignant brain tumors is ~3,7 per 100,000 for males and ~2,6 per 100,000 females. [1]*

**Key words:** glioma, glioblastoma, molecular genetic markers, genes IDH1/2, 1p-19q, BRAF V600E, MGMT, CDKN2A/B.

**Введение.** В 2021 году ВОЗ опубликовало Пятое издание Классификации опухолей центральной нервной системы (ЦНС), которое на данный момент является шестой версией международного стандарта классификации опухолей головного и спинного мозга. Отмечается большая роль молекулярной диагностики в классификации опухолей ЦНС.

**Актуальность.** По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР) на 2020 год в мире было зарегистрировано 296 851 новый случай и 241 037 смертей от изучаемой патологии. В Казахстане стандартизированный показатель (ASR, World) заболеваемости злокачественными новообразованиями ЦНС составляет 3,8 на 100 000 населения [9]. На сегодняшний день эффективность лечения зависит от распознавания молекулярно-генетических маркеров. Изучение молекулярных механизмов канцерогенеза дает возможность индивидуализированного подхода в лечении опухолей головного мозга.

**Цель.** Проанализировать опыт выявляемости молекулярных биомаркеров из биоптата опухолей головы и шеи в лаборатории персонализированной диагностики БМЦ УДП.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено на клетках опухолей головного мозга, фиксированные формалином и залитые парафином – 691 пациент. Образцы парафиновых блоков были направлены в лабораторию персонализированной диагностики БМЦ УДП из различных онкоцентров Республики Казахстан.

Для проведения исследования из парафиновых блоков брали парафиновые стружки толщиной 10-20 микрон. ДНК выделяли из парафиновых блоков набором MagneSil Promega, согласно инструкции производителя. Концентрацию ДНК определяли с использованием флуореметра Qubit 4, образцы с низким содержанием ДНК (<30 нг/мкл) были исключены из исследования. Анализ проводили методом мультиплексной амплификации лигированных зондов (MLPA). Технология MLPA представляет собой мультиплексную лигазно-зависимую амплификацию зондов (от англ. Multiplex ligation-dependent probe amplification). Данный метод представляет собой разновидность мультиплексной ПЦР. Принцип метода заключается в том, что каждый зонд состоит из олигонуклеотидов, которые узнают сходные участки ДНК и каждая распознаваемая часть выделяет флуоресцентный сигнал, который регистрируется в капиллярном электрофорезе на генетическом анализаторе (секвенаторе). Данный метод анализа является высокоточным и активно применяется в диагностике по всему миру.

**Результаты и их обсуждение.** За весь период мы провели исследование на материалах 691 пациентов. Исходя из полученных результатов, отображенных в Таблице 1, в исследуемой группе обнаружены 502 мутационные находки. Среди них: мутации в генах IDH1/2 – 300 пациентов (59,7%), ко-делеция 1p-19q – 113 пациентов (22,5%), мутация V600E в гене BRAF – 89 пациентов (17,7%). Самый высокий процент обнаружения мутаций оказался в генах IDH1/2.

Таблица 1. Результаты по количеству обнаруженных биомаркеров в генах IDH1/2, ко-делеция 1p-19q, мутация BRAF V600E

Маркеры	Количество исследуемых пациентов	Подтвержденные мутации	Мутации обнаружены
IDH1/2	300	194	103
1p-19q	113	59	54
BRAF V600E	89	48	11
всего	502	301	168

**Мутации в генах IDH1/2.** Мутации в генах, продуцирующих изоцитрат-дегидрагеназу (IDH) 1 и 2 были обнаружены в 2009 году. В большинстве случаев является маркером астроцитом, олигодендроглиом, олигоастроцитом I и III степени злокачественности и вторичных глиобластом – в этих гистологических вариантах IDH1-мутация обнаруживается в 70-80% случаев [4,5]. Мутации IDH стимулируют повышенное метилирование при глиомах. Глиомы с мутированным IDH могут быть обнаружены с помощью классических методов: иммуногистохимии и магнитно-резонансной спектроскопии, а также молекулярно-генетически с помощью MLPA, PCR. Мутации IDH – являются диагностическим маркером, который помогает в дифференциальной диагностике глиомы низкой степени злокачественности от других опухолевых образований. По выявлению IDH мутации мы можем отличить вторичную глиобластому, которая трансформировалась из предшественника низкой степени злокачественности.

**Ко-делеция 1p/19q** является характерным генетическим признаком олигодендроглиом (обнаруживается более чем у 70%) [2]. Мутация образуется путем слияния (обмен участками) между коротким плечом 1 и длинным плечом 19 хромосом. Происходит транслокация, из-за чего идет потеря участков двух хромосом. Обнаружение мутации мы провели методом мультиплексной амплификации лигированных зондов (MLPA). Определение мутации 1p/19q дифференцирует олигодендроглиомы – подтип первичных опухолей ЦНС от других гистологически схожих типов опухоли. При выявлении такой аномалии, ко-делеция 1p/19q по мере прогрессирования опухоли остается начальным событием в онкогенезе. [3]

**Мутация BRAF V600E** присутствует в ряде опухолей, включая рак щитовидной железы и колоректальный рак, меланомы, гистиоцитарные опухоли и некоторые опухоли головного мозга. Ген участвует в передаче митогенных сигналов от клеточной мембраны к ядру в сигнальном пути MAPK (ключевой сигнальный путь в развитии пилоцитарных астроцитом). Определение мутации V600E в гене Braf позволяет классифицировать патогистологический подтип опухоли и является терапевтической мишенью для применения таргетной терапии. [7] В нашем центре было проведено 89 исследований с 17,7% подтвержденными случаями.

Таблица 2. Результаты по количеству обнаруженных биомаркеров в генах MGMT, CDKN2A/B

Маркеры	Количество исследуемых пациентов	Подтвержденные мутации	Мутации обнаружены
---------	----------------------------------	------------------------	--------------------

MGMT	47	42	5
CDKN2A/B	142	75	67
всего	189	117	72

MGMT – 47 пациентов (24,8%), CDKN2-142 пациентов (75,2%).

Для классификации опухолей ЦНС согласно системе ВОЗ для последующей терапии рекомендовано определение метилирование гена **MGMT**. Ген Об-метилгуанин–метилтрансферазы, расположенный в хромосоме 10, кодирует фермент системы ДНК - репарации метилгуанин–метилтрансферазу. Метилирование гена MGMT является прогностическим маркером глиом, это фермент репарации ДНК. Он защищает опухолевые клетки от повреждений, соответственно гиперметилирование гена MGMT, т.е. его выключение имеет благоприятный эффект на терапию темолозomidом. Анализ статуса метилирования гена MGMT проводится методом MLPA. [8]

Ген **CDKN2A/B** является информативным биомаркером, указывая на более неблагоприятный прогноз. Ген ингибирует циклин-зависимую киназу 2A, кодирует несколько белков. Эти белки участвуют в регуляции клеточного цикла. Ген расположен на хромосоме 9, в локусе p21.3. Наиболее часто встречается при злокачественных, диффузных срединных глиомах. Ген CDKN2A является опухолевым супрессором, а кодируемые им белки регулируют клеточную пролиферацию[9], соответственно потеря гетерозиготности гена приводит к более неблагоприятному прогнозу.

Таблица 3. Количество выявленных генетических биомаркеров в разрезе половозрастной структуры.

Гены	Мужчин	Женщин
IDH 1-2	99	95
1p-19q	33	26
BRAF V600E	27	21
MGMT	24	18
CDKN2A/B	47	28
всего	230	188

Таблица 3 показывает частоту выявляемости мутаций у мужчин и женщин. Среди общего объема исследуемых – 188 пациентов женщины, для которых наиболее распространенным из

находок является IDH 1/2 – у 95 пациентов (50,5%), 1p-19q – у 26 пациентов (13,8%), BRAF V 600E – у 21 пациентов (11,2%), MGMT- у 18 пациентов (9,5%), CDKN2- у 28 пациентов (14,8%).

Из общей выборки 230 пациентов приходится на долю мужчин. Характеристика выявленных биомаркеров: IDH 1-2 – у 99 пациентов (43,0%), 1p-19q – у 33 пациентов (14,3%), BRAF V 600E – у 27 пациентов (11,7%), MGMT - у 24 пациентов (10,4%), CDKN2A/B – у 47 пациентов (20,4%).

**Вывод.** За период с 2022 по 2023 год в лаборатории было проведено 691 молекулярно-генетическое исследование с целью поиска мутаций, характерных для опухолей головы и шеи, для дальнейшей дифференцировки гистологического подтипа. Исходя из полученных результатов в исследуемой группе зафиксированы 39,4% пациентов с отсутствием мутаций и 60,6% с выявленными мутациями. Это говорит о том, что гистологическая диагностика опухолей головы и шеи достаточно хорошо развита, так как больший процент подтвержденных генетических находок по сравнению с их отсутствием, но для постановки точного диагноза требуются молекулярно-генетические исследования, которые играют большую роль в проведении дифференциальной диагностики, оценке прогноза заболевания и последующей терапии.

### Список литературы

1. *Riemenschneider M.J* Molecular diagnostics of gliomas: state of the art/ M.J. Riemenschneider, J.W. Jeuken, P. Wesseling, G. Reifenberger // *Acta neuropathologica*. -2010. – Vol.120. – No. 5. – P.567-584.
2. *Fallon K.B. et al.* Prognostic value of 1p, 19q, 9p, 10q, and EGFR-FISH analyses in recurrent oligodendrogliomas // *J. Neuropathol Exp Neurol*. – 2004 – v. 63, n. 4. – p. 314-22. ISSN 0022-3069 (Print)0022-3069. <http://dx.doi.org/10.1093/jnen/63.4.314>
3. *Huse J.T* The evolving role of molecular markers in the diagnosis and management of diffuse glioma/J.T. Huse, K.D. Aldape // *Clinical Cancer Research*. – 2014. – Vol.20. – No.22. – P.5601-5611.
4. *Yan H.* IDH1 and IDH2 mutations in gliomas/H. Yan, D.W. Parsons, G. Jin [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 360. – No. 8. – P.765-773.
5. *Roth J.J., Fierst T.M., Waanders A.J., Yimei L., Biegel J.A., SantiM.* Whole chromosome 7 gain predicts higher risk of recurrence in pediatric pilocytic astrocytomas independently from KIAA1549-BRAF fusion status. *JNeuropathol. Exp. Neurol.* 2016; 75: 306—15.

6. R eifenberger G., Wirsching H.G., Knobbe-Thomsen C.B., WellerM. Advances in the molecular genetics of gliomas — implications for classification and therapy. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 2017; 14(7):434—52. doi: 10.1038/nrclinonc.2016.204
7. Myung JK, Cho H, Park CK, Kim SK, Lee SH, Park SH. Analysis of the BRAF(V600E) Mutation in Central Nervous System Tumors. *Transl Oncol.* 2012 Dec;5(6):430-6. doi: 10.1593/tlo.12328. Epub 2012 Dec 1. PMID: 23323158; PMCID: PMC3542839.
8. *Sock H.C., Jianbang Ch., Ngeow CDKN2A germline alterations and the relevance of genotype-phenotype associations in cancer predisposition//Hereditary Cancer in clinical practice.-2021-p.1-2*
9. *Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Pineros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. (2018). Global Cancer Observatory: Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://gco.iarc.fr/today>*

УДК 004.94

**Аккошов Р., Мауленова А.А.**

АО «ЮКМА», Шымкент, Казахстан

### **ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ В НАШЕ ВРЕМЯ**

#### **Аннотация**

*В этой статье, мы рассмотрим о необходимости использования приложения 3D модели в медицинской академии и как его проще применять всем студентам. Одно из таких приложений Prisma3D моделирования, о котором мы хотим вам рассказать, о его преимуществах и эффективном использовании.*

**Ключевые слова.** 3D-моделирования, медицина, программа Prisma3D, смартфоны.

**Аккошов Р., Maulenova A.A.**

«ОҚМА» АҚ, Шымкент, Қазақстан

### **ҚАЗІРГІ КЕЗДЕ 3D МОДЕЛЬДЕУДІ ТИІМДІ ҚОЛДАНУ**

#### **Аннотация**

*Бұл мақалада біз медициналық академияда 3D модельдік қосымшаны қолдану қажеттілігін және оны барлық студенттерге қалай пайдаланудың оңай жолын*

қарастырамыз. Осындай қолданбалардың бірі - Prisma3D модельдеуі, біз сізге оның артықшылықтары мен тиімді пайдалануы туралы айтқымыз келеді.

**Кілт сөздер.** 3D модельдеу, медицина, Prisma3D бағдарламасы, смартфондар.

**Akkoshov R.**

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

## EFFECTIVE USE OF 3D MODELING IN OUR TIMES

### *Annotation*

*In this article, we will look at the need to use a 3D model application in a medical academy and how it can be easier for all students to use. One of these applications is Prisma3D modeling, which we want to tell you about, its advantages and effective uses.*

**Keywords.** 3D modeling, medicine, Prisma3D program, smartphones.

**Актуальность.** Ежедневно обучающиеся в медицинской академии видят в книге органы, но многим тяжело запоминать картину, поэтому использование 3D модели может привести к повышению уровня знаний студентов в изучении таких предметов, как анатомии и патологии органов.

**Цель:** показать необходимость использования 3D моделирования на занятиях, ознакомить с самым простым приложением для 3D моделирования - Prisma3D.

**Методы и материалы исследования:** 3D-моделирование в медицине позволяет проектировать трехмерные объекты в разной сфере. Технология применяется в стоматологии, анатомии и других сферах.

3D модели, напечатанные на основе 3D технологий, стали одним из удивительных успехов в области изучения медицины. 3D снимки патологии органов преобразуются в картинку, а затем уже в 3D модели [1].

**Где сегодня используется 3D моделирование? Спектр очень широк [2]:**

- Мультипликация. Создание трехмерных персонажей для мультфильмов и компьютерных видеоигр
- 3D визуализация зданий и интерьеров
- Реклама и маркетинг. Часто требуются нестандартные объекты для рекламирования.
- Производство мебели. ...



- Промышленность. ...
- Медицинская сфера

Преимущества у 3D моделирования перед другими способами визуализации много. Трехмерное моделирование позволяет создать очень точную модель, максимально приближенную к реальности. Современные графические программы характеризуются высокой детализацией. Отобразить трехмерный объект в двухмерной плоскости не просто. 3D визуализации дает возможность тщательно просчитать и просмотреть все нюансы модели.

Одним из таких программ нового поколения, который легко создает 3D-модели и потрясающие анимированные 3D-сцены, это программа для 3D моделирования - Prisma3D. С помощью Prisma3D нет никаких ограничений для нашего творчества — мы моделируем собственные миры и 3D-персонажей в 3D, а также создаем анимацию и реализуем свое воображение [3].

Prisma3D (подходит как для смартфонов, так и для компьютера). Особенности: 3D моделирование разных форм. Преимущества: удобно в пользовании. Недостатки: чувствительность высокая; телефон может зависать, если он старой версии.

Основное управление: панель инструментов (разные фигуры, изменение цвета и др.) , меню (выход, экспорт и импорт 3D моделей).

Prisma3D помогает нам шаг за шагом использовать простые в использовании 3D-инструменты, в то же время предоставляя полный спектр возможностей 3D-анимации [4].

Для примера исследования мы возьмем череп человека.

Как только мы импортировали необходимый объект, мы можем его передвигать в трехмерном измерении. Преимущество заключается в том, что можно подробно изучить череп, даже нижнюю часть. Чтобы не было размутнения, мы можем объект редактировать. Мы можем изменить его цвет и отражение для лучшего видения частей черепа.

Цвет — один из простейших свойств материала. Однако даже использование цвета имеет множество аспектов. Цвет может быть основным, определяющим покрытие всего объекта, обтекающим определяющий влияние фонового освещения, зеркальным определяющим цветом наиболее ярких участков блестящей поверхности объекта и т.д. В процессе создания материалов широко используются карты текстур, в простейшем виде растровые изображения реальных объектов. Кроме этого используются процедурные карты — изображения, которые генерируются программным путем. В процессе создания материала можно использовать несколько карт текстур [5].

Несмотря на то, что создание трехмерной модели процесс тщательный и не быстрый, работать с ним в дальнейшем гораздо проще и удобнее, чем с традиционными чертежами.

#### **Заключение.**

Использование 3D моделирование для студентов очень важно. С каждым годом медицина развивается и поэтому изучать их сложнее. Приложение Prisma3D отлично подойдет для студентов, которые обучаются в медицинской академии.

#### **Список литературы**

1. <https://vektor.us/blog/3d-tehnologii-v-meditsine.html>
2. <https://ucvt.org/blog/oblasti-primeneniya-3d-tehnologij-v-sovremennom-mire>
3. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.prisma3D.prisma3D&hl=ru>
4. <https://practicum.yandex.ru/blog/chto-takoe-trehmernaya-grafika-3d/>
5. А.В. Меженин. «ТЕХНОЛОГИИ РАЗРАБОТКИ 3D-МОДЕЛЕЙ»: Уч.пособие.- Санкт-Петербург. 2018 год.

УДК 616.24-002-07

**Ақжан Ә.Р., Аймахан Ә.С., Амалбек Г.Д., Байсалов Б.У.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ Шымкент, Қазақстан

### **ТӨМЕНГІ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫНДА АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ РАЦИОНАЛЬДЫ ҚОЛДАНУ**

#### **Аннотация**

*Бұл мақалада тыныс алу жолдарының ауруларында антибактериальды препараттарды рациональды қолдану талқыланған.*

**Кілт сөздер:** балалар, тыныс алу аурулары, ауруханадан тыс пневмония, антибиотиктер.

**Ақжан Ә.Р., Аймахан Ә.С., Амалбек Г.Д., Байсалов Б.У.**

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

### **РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Аннотация**

*В этой статье обсуждается о рациональном использовании антибактериальных препаратов при заболеваниях дыхательных путей.*

**Ключевые слова:** *дети, респираторные заболевания, внебольничная пневмония, антибиотики.*

**Akzhan A.R., Aimakhan A.S., Amalbek G.D., Baisalov B.U.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**RATIONAL USE OF ANTIBACTERIAL DRUGS IN DISEASES OF THE LOWER  
RESPIRATORY TRACT**

**Annatation**

*This article discusses the rational use of antibacterial drugs in respiratory diseases. **Keywords:** children, respiratory diseases, community-acquired pneumonia, antibiotics.*

**Кіріспе.** Қазіргі таңда төменгі тыныс жолдарының аурулары кеңінен таралуына байланысты денсаулық сақтаудың өзекті проблемасы болып қала береді және медициналық ғана емес, сонымен қатар елеулі әлеуметтік-экономикалық салдары бар мәселе болып отыр.

Балалардың жұқпалы ауруларының құрылымында төменгі тыныс жолдарының аурулары бірінші орында тұрады және шамамен 70% құрайды [1,2]. Олардың арасында пневмония диагнозы жиі қойылады. Пневмония өкпе тініне әсер ететін жедел инфекциялық және қабыну ауруларына жатады. Жыл сайын әлемде 155 миллион бала пневмониямен ауырады, оның ішінде 1,8 миллион бала пневмониядан қайтыс болады, бұл балалар өлімінің барлық жағдайларының 20% құрайды [1,3].

Пневмония - бұл инфекция туғызатын, өкпенің жедел қабынуы. Ауруды тудыратын қоздырғыш пен өкпенің зақымдану көлеміне байланысты ауру белгілері мен емі әртүрлі болуы мүмкін. Пневмония жөтелмен, температураның жоғары немесе төмен болуымен, тыныс алудың қиындауы және жалпы әлсіздікпен жүреді.

Кейбір жағдайларда жүрек айнуы, құсу, еріндер мен тырнақтардың көгеруі, бұлшықеттердің ауыруы, жүрек соғу жиілігінің жиілеуі мүмкін. Ауру қауіпті, өйткені оның дамуының басында ол жиі асимптоматикалық түрде немесе қарапайым ЖРВИ ретінде, кейде тіпті температура жоғарламай өтуі мүмкін. Сондықтан алғашқы белгілер пайда болған кезде дереу дәрігермен кеңесу маңызды. Диагностикаға әдетте рентген, зәр, қан және қақырық

анализі жатады. Пневмонияны уақтылы емдемеу созылмалы жағдайлардың дамуына және кейбір жағдайларда өлімге әкелуі мүмкін [1-3].

Бұл аурудың қауіптілігі - өкпе тіні зақымданғанда ол өз қызметін толығымен атқара алмайды, сондықтан тыныс алу жеткіліксіздігі тез дамиды. Пневмонияны дұрыс емес және уақтылы емдемеген жағдайда баланың өліміне әкелуі мүмкін іріңді абсцесс, плеврит, сепсис және басқа да түрлі асқынулар тез дамиды.

Пневмония педиатрияда ауыр және жиі кездесетін ауру болып табылады, өйткені балалар ересектерге қарағанда пневмонияға жиі ұшырайды. Бұл балалардың иммундық жүйесі әлі дамымағандығына байланысты, оның ішінде тыныс алу мүшелері, сондай-ақ балалардағы тыныс алу жолдарының тарлығы шырышты бөліндінің іркілуіне әкеледі және оны шығаруды қиындатады [3]. Пневмония негізінен бактериялық этиологиялы ауыр, өмірге қауіп төндіретін ауруларының бірі болып табылады.

Ауруханадан тыс пневмонияға қарсы антибиотика терапиясының заманауи тәсілдері емдеу режимдерінің ұзақтығын қысқартуды, эмпирикалық терапияны тағайындау бойынша қолданыстағы ұсыныстарды орындауды және уақытылы пероральды препараттарға көшуді қамтиды және ең жақсы клиникалық әсерге тез жетуге, адам микробиомасына минималды әсер етуге бағытталған. [18-20]

**Жұмыстың мақсаты** - балалардың төменгі тыныс жолдарының ауруларында антибактериялық препараттардың рационалды қолданулығын зерттеу.

**Материалдар мен әдістер.** 2021-2022 жылы Шымкент қаласының 8 қалалық емханасының күндізгі стационарында "ауруханадан тыс жедел пневмония, асқынбаған түрі" диагнозы қойылған 1-15 жас аралығындағы балалардың 30 ауру тарихына ретроспективті талдау жасалынды. Ауру тарихынан антибактериялық терапия мақсатында пайдаланылған дәрілік заттар талқыланды. Антибиотика терапияның ұзақтығы, монотерапия түрінде немесе комбинацияланған түрде, антибиотикалық терапияны қолдану жиілігі, оның ұтымдылық деңгейі талданды.

**Нәтижелер мен талқылау.** Бактерияға қарсы препараттарды қолдану құрылымын зерттеуді талдау келесі нәтижелер берді: Антибактериалды терапия мақсатында цефалоспориндер тобының антибиотиктері басым жағдайларда қолданылды, ал цефтриаксон олардың арасында бірінші орынды алады, ал қолдану жиілігі бойынша макролидтер 2-ші орынды алады. 30% жағдайда - цефалоспориндер тобынан бактерияға қарсы препараттар (негізінен цефтриаксон) макролидтермен бірге қолданылған. Жүргізілген талдаулар антибиотикалық терапияны комбинация түрінде қолдануға көрсеткіштердің жоқтығын

көрсетеді. Антибактериялық терапия комбинациясы түрінде цефалоспориндер (цефтриаксон, цефотаксим) мен макролидтер атипиялық инфекция кезінде және пневмонияның асқынған түрлерінде қолданған дұрыс.

**Қорытынды.** 1. Антибактериалды терапия мақсатында ауруханадан тыс жедел пневмониямен ауыратын балаларда көптеген жағдайларда цефалоспориндер тобының антибиотиктері қолданылды.

2. Жедел пневмониямен ауыратын балалардағы антибиотик терапиясының орташа ұзақтығы 6,5 күнді құрады.

3. Ауруханадан тыс жедел пневмониямен ауыратын балаларға арналған фармакотерапияда антибиотик препараттары негізінен монотерапия түрінде қолданылды.

4. Балалардағы жедел ауруханадан тыс пневмонияның фармакотерапиясында көптеген жағдайларда антибиотиктер комбинациясы көбіне негізсіз тағайындалған.

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Etiotropic Treatment Of Community-Acquired Pneumonia In Children. «Scopus preview - Scopus - Journal of Critical Reviews» No. 103, Section 4, Roosevelt Rd, Da'an District, Taipei City, Taiwan 8 July 2020/ 210. Sherova Z.N., Kamola Y.N., Shaabidova K.Sh., Muhiddinova M.I., Karabekova B.A..

2. Zebo N. Sherova, Komola Sh. Shaabidova, Komola Y. Normatova, Izzatullo Z. Sobitov Prevention and treatment of Iron Deficiency Anemia in children. Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research Индия. сентябрь. 2020:203-206.

3. Эндолимфатическое введение антибиотиков с диффузным перитонитом. «Europe science and we Eurora, наука и мы» интернациональная конференция. Чешская республика Прага 2020 июль.117 с. Норматова К.Ю., Шерова З.Н., Шаабидова К.Ш.

УДК 616.831-009.81

**Ақтай Б.Х., Туксанбаева Г.У.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

## **САМАЙЛЫҚ ЭПИЛЕПСИЯ КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ**

*Аннотация*

*Баяндамада самайлық эпилепсия өзектілігі, клиникасы және диагностикасы келтірілген.*

*Кілт сөздер: эпилепсия, диагностика, ересектер, самайлық эпилепсия.*

**Ақтай Б.Х., Туксанбаева Г.У.**

Южно-Казахстанская медицинская академия , Шымкент, Казахстан

## **КОГНИТИВНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

### **Аннотация**

*В докладе представлены актуальность, клиника и диагностика височной эпилепсии.*

*Ключевые слова: эпилепсия, диагностика, взрослые, височная эпилепсия.*

**Aktay B., Tuksanbayeva G.U.**

JCS «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **COGNITIVE AND BEHAVIORAL DISORDERS IN TEMPORAL LOBE EPILEPSY**

### **Annotation**

*The report presents the relevance, the clinic and diagnosis of temporal lobe epilepsy*

*Keywords: epilepsy, diagnosis, adults, temporal lobe epilepsy.*

**Өзектілігі.** Самайлық эпилепсия өзектілігі - басқа фокальды эпилепсиялар арасында ең жоғары жиілікте кездесуі - 50% немесе одан да көп, симптомдардың полиморфизмдігі, клиникалық көрінісінде психикалық бұзылыстардың болуы осы патологияның басты ерекшелігі болып табылады. Самайлық эпилепсия кез-келген жаста болуы мүмкін. 12 жастан 16 жасқа дейінгі кезеңде басталатын самайлық эпилепсия кезінде тұқым қуалаушылық этиологиялық фактор ретінде жалпы самайлық эпилепсиямен ауыратын науқастардың тобына қарағанда 2 есе жиі байқалады. 6 жастан 12 жасқа дейінгі кезеңде анамнезде перинаталдық факторлардың (босану белсенділігінің жеткіліксіздігі, асфиксия, туу жарақаты) әсері 1,5 есе жиі кездеседі, босанғаннан кейінгі бас миының жарақаты 2 есе аз жиілікте кездеседі. Ересектерде ең көп таралған этиологиялық факторлар - нейроинфекциялар немесе мидың ауыр жарақаттары, мидың соғылуына дейін және осы жас топтарында аурудың болжамы қолайсыз [1].

Клиникалық жағдай мысалы: клиникаға 21 жастағы жас жігіт есінен тануға, тонико-клоникалық ұстамаларға шағымданып келді, ұстама басталар алдында бас ауруы, тахикардия, көздің қараюы сезіледі, көмекке шақыруға тырысады, сондай-ақ бас айналу, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, жалпы әлсіздік, бұрыннан көрінген сезімдер мазалайды.

Ауру тарихынан: науқастың анасының айтуынша, ол ерте балалық шақтан ауырады, кіндікпен оралып туылған. Алғаш рет тонкио-клоникалық ұстама 2 айлық кезінде болған, 2 жыл Бензонал қабылдаған, ұстамалар жиілігі азайған. 2 жылдан кейін 4 жасында ұстамалар қайта басталды, Тұрғылықты жері бойынша невропатолог Депакин 500 мг 1табл\*2рет, Ламиктал 50мг-ден 1табл\*2 рет тағайындады. Ұстамалардың жиілігі төмендеді, бірақ 15 жастан бастап ұстамалар психомоторлық козу, түкіру, жұту қозғалыстарымен қиындады. Анасының айтуы бойынша, жыл өткен сайын пациентте агрессия, эмоционалды теңгерімсіздік, көңіл-күйдің төмендеуі, оқиғаларда бұрыннан көрінген сезім, зейіннің нашарлауы, алаңдаушылық, есте сақтау қабілетінің төмендеуі байқалды. 19 жасында ұстамалар жиілігінің төмендеуіне байланысты науқас Карбамазепин тәулігіне 200мг 1 табл\* 3 рет ауыстырылды. Мінез-құлық өзгерістерінің салдарынан ол препаратты өз бетінше қабылдауды тоқтатты, содан кейін ұстамалар жиілеп кетті, невропатолог Эпикс препаратын тәулігіне 500 мг 1 табл\*2 рет тағайындады, тұрақты қабылдамаған. Бірте-бірте науқастың жағдайы нашарлады, сериялық эпилепсиялық ұстамалар дамыды, туыстарымен клиникаға жеткізіліп, шұғыл түрде неврологиялық бөлімшеге жатқызылды

ВЭЭГ мониторинг(12 сағат): Баяу ұйқы 1 мен 2 фазасы уақытында төмен амплитудалы жергілікті эпилетиформды жарқылдар оң маңдай-орталық-самай тіркемелерінде тіркелді.

Бас миы МРТ: Ми құрылымы МРТ-суреті патологиялық өзгеріссіз, гиппокамп тегістелуінің МРТ белгілері.

Психиатр кеңесі: Эпилепсиямен байланысты органикалық этиологиялық жеке тұлға өзгерісі(гранд малл, абсанстар,«де жавю»).

Шағымдарына, анамнезіне, клиника-инструменталды зерттеулер нәтижесінде пациентке когнитивті дебютпен басталатын ары қарай билатеральды тонико-клоникалық ұстамаларға ұласатын фокальды самайлық эпилепсия диагнозы қойылды. 8-күні жағдайы жақсаруымен ауруханадан шығарылды, ауруханада ем қабылдау кезінде ұстамалар болған жоқ. **Талдау.** Эпилепсияға қарсы халықаралық лиганың жіктемесіне сәйкес, самайлық эпилепсия самайлық мезиальды эпилепсия және самайлық латеральды немесе неокортикальды эпилепсия деп жіктеледі[2]. Мезиальды самайлық эпилепсия ең көп

таралған түрі болып табылады және ұстамалар ошағы гиппокамп, амигдала және парагиппокампальды қыртыста пайда болады.

Когнитивті және эмоционалды ұстамалар самайлық эпилепсияға тән және дисмнестикалық белгілермен сипатталады, мысалы, *deja vu* немесе *jamais vu*, ішкі немесе сыртқы шындықты дұрыс қабылдамайтын когнитивті белгілер мен мінез-құлықтың өзгеруі, көру, есту немесе иіс аурасын тудыруы мүмкін иллюзиялар мен галлюцинациялар болады[3]. Шамамен 70% жағдайда фокальды ұстамалар әртүрлі клиникалық белгілермен байланысты сананың бұзылуымен бірге жүреді[4].

**Қорытынды.** Когнитивті және психикалық бұзылуларды емдік түзету қажет, сонымен қатар білім беру және психоәлеуметтік терапия арқылы өмір салтын жақсартуға бағытталған араласу эпилепсиямен қатар жүретін ауруларды емдеуге ықпал етуі мүмкін. Бұл тәсіл клиникалық тәжірибеге енгізіліп, эпилепсиямен және қосалқы нейропсихиатриялық аурулармен ауыратын науқастарға бейімделуі керек.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Э. Г. Иванчук, В. В. Ростовщиков, самайлық эпилепсия: диагностика мен емдеудің заманауи аспектілері(2019).

2. Схеффер И. Е., Беркович С., Каповилла Г., Коннолли М. Б., Француз Дж., Гильото және т. б. ILAE бойынша эпилепсия жіктелуі: ILAE жіктеу және терминология комиссиясының позициялық құжаты. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5386840/>

3. Самайлық эпилепсиясы және онымен байланысты психиатриялық аурулар(2021), Valerio Vinti, Giovanni Battista Dell ' Isola, Giorgia Tascini, Elisabetta Mencaroni, Giuseppe Di Cara, Pascuale Striano, Альберто Верротти

4. Майар Л., Винал Дж.П., Гаваре М., Гайе М., Бирабен А., Макгонигал. Самайлық эпилепсия түрлеріндегі семиологиялық және электрофизиологиялық корреляциялар(2004).

Депрессия және эпилепсия: эпидемиологиялық және нейробиологиялық перспективалар, олардың қатар жүретін аурулардың жоғары жиілігін түсіндіре алады(2012).

ӘОЖ 338.

**Чимкентбаева Р. А.**

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан



## МЕДИЦИНАДАҒЫ ЖАҢА АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

### **Аннотация**

Мақала ақпараттық технологияларды интеграциялауға, ғылым мен медицина саласындағы инновациялық жүйелерді одан әрі дамытуға және пайдалануға арналған. Бұл технологиялар жыл сайын жетілдіріліп, ақпараттың едәуір үлкен көлемін өңдеуге мүмкіндік береді. Бұл қазіргі заманғы IT-ді енгізу және пайдалану арқылы мүмкін болады. Осыған байланысты қарастырылып отырған тақырып өте өзекті. Жұмысты орындау барысында талдау, синтез, сипаттау және жалпылау сияқты әдістер қолданылды. Зерттеу нәтижелері: медицина саласында ақпараттық технологияларды қолдану әлеуеті орасан зор екендігі көрсетілді және қазіргі заманғы IT-ді осы салаға уақтылы интеграциялау қажет.

**Кілт сөздер:** медициналық ақпараттық жүйе, медициналық ақпараттық технологиялар, денсаулық сақтауды ақпараттандыру, медициналық ұйым, емдеу-диагностикалық

**Чимкентбаева Р. А.**

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

## НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

### **Аннотация**

Статья посвящена интеграции информационных технологий, дальнейшему развитию и использованию инновационных систем в области науки и медицины. Эти технологии с каждым годом совершенствуются и позволяют обрабатывать значительно больший объем информации. Это возможно благодаря внедрению и использованию современных ИТ. В связи с этим рассматриваемая тема очень актуальна. При выполнении работы использовались такие методы, как анализ, синтез, описание и обобщение. Результаты исследования показали, что потенциал применения информационных технологий в области медицины огромен, и необходимо своевременно интегрировать современные ИТ в эту сферу.

**Ключевые слова:** медицинская информационная система, медицинские информационные технологии, информатизация здравоохранения, медицинская организация, лечебно-диагностический

**Chimkentbaeva R. A.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## NEW INFORMATION TECHNOLOGIES IN MEDICINE

### *Annotation*

*The article is devoted to the integration of information technologies, the further development and use of innovative systems in the field of science and medicine. These technologies are being improved every year and make it possible to process a much larger amount of information. This is possible due to the introduction and use of modern software. In this regard, the topic under consideration is very relevant. Methods such as analysis, synthesis, description and generalization were used in the performance of the work. The results of the study showed that the potential of using information technologies in the field of medicine is huge, and it is necessary to integrate modern IT in this area in a timely manner.*

**Keywords:** *medical information system, medical information technologies, health informatization, medical organization, medical diagnostic*

**Зерттеу мақсаты:** медициналық қызмет саласында IT технологияларды қолдану дағдыларын дамыту, жаңа технологияларды енгізудің маңыздылығын бағалау

Қазіргі әлемде ақпараттық технологияларды (ат) қолдану өте маңызды рөл атқарады [1,2]. Соңғы жылдары АТ-ны медицинада қарқынды енгізу және қолдану да өз жемісін беруде [5], бұл өз кезегінде 16 қызметкерлерге қызмет көрсету сапасының жақсаруымен сипатталады. Қазіргі уақытта бұл норма болып саналады, сондықтан ол муниципалдық мекемелерде де, жеке клиникаларда да қолданылады және қолданылады. Бұл денсаулық сақтау саласын келесі деңгейге көтеруге және "батыс медицинасы" деңгейіне жақындауға мүмкіндік беретін үлкен қадам. Мұндай жаңғырту қандай міндеттерді шешеді? 1. пациенттерді бірыңғай базада жүргізу; 2. тексерулер мен консультациялардың нәтижелерін қашықтықтан бақылау; 3. клиника шегінде өз әріптестерінің зерттеу нәтижелерін еркін қолжетімділікте пайдалану мүмкіндігі; 4. персоналды қашықтықтан оқыту мүмкіндігі; 5. тәжірибелі мамандардың консультациялық көмегі; 6. медициналық карточкаларды электрондық форматта жүргізу; 7. электрондық тіркеуді пайдалану. Қазіргі уақытта барлық дерлік емдеу - профилактикалық мекемелер "МИССТАТИСТИКА" сияқты бағдарламаны қолданады. Бұл кез-келген науқастың денсаулық деңгейін кәсіби бақылауға мүмкіндік береді. Электрондық карточкаларды жүргізу қағаз карталарды іздеуге, талондарды, бағыттарды жазуға, оларды жоғалту қаупін азайтуға мүмкіндік береді. Науқас туралы барлық

акпаратты дәрігер пациенттің электронды картасынан ала алады, оған тек медицина мамандары қол жеткізе алады, бұл пациенттердің құжаттарын жоғалту қаупін азайтатын тағы бір плюс.

Емтихандар мен талдаулардың нәтижелерін де картаға түсіруге болады. Мұның бәрі әріптестерге тағайындалған емтихан мен емдеудің дұрыстығына көз жеткізуге, сондай-ақ оларды қашықтан өңдеуге мүмкіндік береді. АТ - ның тағы бір артықшылығы-қашықтықтан оқыту, онлайн-кеңес беру, вебинарлар, конференциялар, трансляция операциялар, дәрігерлер консилиумыжәне мұның бәрі кез-келген уақытта мүмкін [3]. Пациенттер енді алыс қашықтықтағы мамандардан жоғары білікті көмек ала алады. Бұл шешім клиникалары жоқ шалғай аймақтарда, сондай-ақ физикалық немесе психикалық ауытқулары бар және қиын жағдайға немесе оқиғаға тап болған адамдардың көп болуына байланысты қабылданды. Бұл пациенттің денсаулығын бағалауды жеделдетуге, тест нәтижелерімен танысуға, емдеу бойынша ұсыныстар беруге, жолға уақытты жоғалтпауға мүмкіндік береді. Бұл консультациялар тек шектеулері бар және органикалық немесе соматикалық аурулары бар науқастарға ғана арналмаған. Мұндай әңгімелер психологиялық проблемалары бар науқастарға да көмектеседі, дәрігер науқастың өмірін сақтап қалуға немесе қиын өмірлік жағдайда қандай да бір жолмен көмектесуге көмектеседі. Денсаулық сақтаудағы компьютерлендірудің болашағы қандай? Қазіргі уақытта медицинада модернизация қарқынды дамып келеді. Біздің елімізде бұған мемлекет деңгейінде ерекше назар аударылды. Жаңа технологияларды әзірлеу үшін қазір аз ақша бөлінбейді, мемлекет қаржыландыруы басымдыққа ие, сонымен қатар бүкіл ел бойынша, оның ішінде біздің өңірде инвесторлардың арыстан үлесі бар. Қол жетімді және практикалық мысал: медициналық бағдарламалық қамтамасыз ету жүйесі МИССТАТИСТИКА. Технология үнемі жетілдіріліп отырады, бұл сапаның 17 жақсаруымен көрінеді, сонымен қатар қауіпсіздік деңгейіне үлкен назар аударады, өйткені жеке мәліметтер мен оларды жариялау Ресей Федерациясының

Қылмыстық кодексімен жазаланады. Қызметкерлерді оқытқаннан кейін, жастарда бұл аз уақытты алады және егде жастағы адамдарда сәл ұзағырақ болады, медицина қызметкері білуі керек: 1. электрондық құжаттамамен жедел жұмыс істеу; 2. конференциялар құру; 3. интернетте жұмыс істеу; 4. анықтамалық материалдармен ресурстарды пайдаланыңыз. Бүгінгі таңда біздің еліміздегі денсаулық сақтауды жаңғырту келесі ірі жобаға - Ұлттық телемедицина жүйесіне жақындап келеді. Бұл жоба жалпы медицинаны жақсартуға мүмкіндік береді, жолға, тұруға, тамақтануға және т. б. жұмсалатын бірқатар шығындарды азайтады. Жоғарыда айтылғандардың бәрінен басқа, емдеу-профилактикалық мекемелердегі

жұмысты автоматтандыру сияқты ұғымды атап өту керек: 1. кадрлар бөлімінің жұмысын жеңілдету және жеделдету; 2. бухгалтериядағы қателіктер қаупін азайту; 3. мекеме экономикасы бюджетінің шығысын жоспарлау; 4. дәріхана қызметтерінің жұмысын бақылау; 5. мекеме әкімшілігі. Сондай-ақ, әкімшілік енді міндетті медициналық сақтандыру қорларымен және аумақтық органдармен тиімді жұмыс істеуге мүмкіндік алды. Ауруханалар мен дәріханалардағы дәрі-дәрмектер айналымындағы өзгерістерді атап өтуге болмайды.

Ат енгізу дәріхана пункттерінің жұмысын тездетеді деп күтілуде: 1. дәрі-дәрмектердің келуі мен шығынын тіркеу; 2. қоймалардағы дәрі-дәрмектерді бақылау; 3. дәрі-дәрмекке өтінімді жылдам толтыру; 4. дәрілік заттардың шығынын бақылау; 5. дәрілік заттарды есептен шығару; 6. есептерді құру және беру. Қазіргі уақытта медициналық жоғары оқу орындарында оқыту жүйесінде компьютерлендіру қарқынды түрде енгізілуде, бұл білімге мамандарды даярлаудың неғұрлым сапалы деңгейіне өтуге мүмкіндік береді [3, 4]. Бұл онлайн-операциялар түріндегі көрнекі құрал, атақты профессорлардың қашықтағы дәрістері, соңғы диагностикалық бағдарламалар. Осы мүмкіндіктердің барлығы бүгінде Чебоксары қаласының медициналық жоғары оқу орындары үшін де қолжетімді. Сонымен, денсаулық сақтаудың диагностикалық буынындағы үлкен жетістікті атап өтуге болмайды. Қазіргі уақытта Чебоксары қаласында барлық дерлік клиникаларда дәл диагностика үшін арнайы әзірленген заманауи диагностикалық аппараттар мен бағдарламалық қамтамасыз ету бар. Оларға мыналар жатады: - компьютерлік томография - магниттік - резонанстық томография - ультрадыбыстық диагностика - рентгендік зерттеу - электро - энцефалологиялық зерттеу - электро - кардиологиялық зерттеу 18 бұл зерттеу әдістерінің барлығы белгілі бір бағдарламалық жасақтамасыз тәуелсіз бола алмайды, бұл құрылғыны пайдалануды бірнеше есе жеңілдетеді, тіпті егер ол сізге таныс болмаса да, бәрі бірдей интуитивті деңгейде түсінуге болады.

Қорытындылай келе, қазіргі заманғы ақпараттық технологиялар олардың әлемдегі ең табысты дамып келе жатқан салаларының бірі болып табылады және медицинада ол көптеген басқа қызмет түрлері сияқты өте жоғары орынға ие [6]. Медицина бір орында тұрмайды және бұл біздің экономикамыздағы барлық дерлік салалардың қозғалтқышы болып табылатын заманауи ақпараттық технологияларды қолдануға үлкен үлес қосады.

### **Список литературы:**

1. Гулиева И.Ф. Вопросы эффективности информационных технологий в медицине / И.Ф. Гулиева, Е.В. Рюмина, Я.И. Гулиев.

2. Кодяков С.Г. Внедрение IT в медицине и здравоохранении. – 2018 – С. 59–61.
3. Липатов В.А. О проблемах внедрения IT-систем в практическое здравоохранение / В.А. Липатов, И.Г. Зайцев, Д.А. Северинов // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – №1 (17). – С. 177–190.
4. Чистяков В.А. Понятие «Информационно-образовательные технологии и их классификация по способу взаимодействия учащихся с информационно-компьютерными средствами» / В.А. Чистяков // Научный журнал КубГАУ. – 2014. – №97 (3). – С. 1–11.
5. Юсупова Б.М. Применение информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения / Б.М. Юсупова // Региональные проблемы преобразования здоровья. – 2011. – №1 (27). – С. 376–380.
6. Microsoft HoloLens [Электронный ресурс].– Режим доступа: <https://www.microsoft.com/en-us/hololens>

УДК 616.314-77

**Altybaev Y.E., Baizakova B.T.**

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

## **THE ROLE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE**

### ***Annotation***

*This annotation looks at the impact of artificial intelligence (AI) on the medical field, emphasizing its role in transforming diagnosis, treatment, and surgery. In the context of medicine, AI appears as a reliable assistant in accurate diagnostics, analysis of large volumes of patients and the creation of individual therapeutic plans.*

*Personally, attention is paid to the use of artificial intelligence in surgery. The surgical area wins in accuracy and efficiency by introducing AI-equipped robotics. Robotic surgical systems controlled by artificial intelligence demonstrate unique capabilities for performing complex operations with high accuracy and minimal impact on the patient's tissue.*

*The prospects for the development of AI in the creation of automated procedures that reduce the risk of the human factor are also discussed. Emphasizing the role of medical professionals in collaborating with technological innovation, the challenges and benefits of integrating AI into medical practice are highlighted.*

**Key words:** *artificial intelligence, medicine, software, robotic surgery, medical data.*

Алтыбаев Е.Е., Алтыбаев Е.Е

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

## ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ РӨЛІ

### **Аннотация**

Бұл аннотацияда жасанды интеллекттің медицина саласында, атап айтқанда диагностикалау, емдеу және хирургиядағы рөлін қарастырады. Медицинада жасанды интеллект пациенттердің диагнозын дәл диагностикалау барысында, сонымен қатар сараптама және талдау жасау кезінде сенімді көмекші ретінде қолданылуда.

Қазіргі кезде, әсіресе хирургия саласында жасанды интеллектті қолдануға басты назар аударылған. Хирургиялық салада жасанды интеллектпен жабдықталған робототехниканы енгізу арқылы дәлдік пен тиімділікте қол жеткіздік. Жасанды интеллект басқаратын роботты хирургиялық жүйеде күрделі оталарды жоғары дәлдікпен және пациенттің тініне минималды залалдықпен әсер етумен орындаудың бірегей мүмкіндіктерін айқындап берді.

Сондай-ақ, адамға ота жасалғаннан кейін болатын қауіптерді төмендететін автоматтандырылған процедураларды құруда жасанды интеллекттің рөлі айтылған. Медицина саласындағы мамандардың технологиялық инновациялармен бірлесіп жұмыс істеудегі рөлін баса көрсете отырып, жасанды интеллектті медициналық практикада қолдануындағы артықшылықтары атап өтілген.

**Кілт сөздер:** жасанды интеллект, медицина, бағдарламалық қамтамасыз ету, роботтық хирургия, медициналық деректер.

Алтыбаев Е.Е., Алтыбаев Е.Е

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

## РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ

### **Аннотация**

Эта аннотация предоставляет обзор влияния искусственного интеллекта (ИИ) на область медицины, акцентируя его роль в трансформации диагностики, лечения и хирургии. В контексте медицины, ИИ проявляет себя как надежный помощник в точной диагностике, анализе больших объемов данных пациентов и создании персонализированных терапевтических планов.

*В отдельности, внимание уделено использованию ИИ в хирургии. Хирургическая область выигрывает в точности и эффективности благодаря внедрению робототехники, оснащенной ИИ. Роботизированные хирургические системы, работающие под руководством ИИ, демонстрируют уникальные возможности в выполнении сложных операций с высокой степенью точности и минимальным воздействием на ткани пациента.*

*Обсуждаются также перспективы развития ИИ в создании автоматизированных процедур, снижающих риск человеческого фактора. Освещаются вызовы и преимущества интеграции ИИ в медицинскую практику, подчеркивая роль медицинских специалистов в совместной работе с технологическими инновациями.*

***Ключевые слова:** искусственный интеллект, медицина, программное обеспечение, роботизированная хирургия, медицинские данные.*

**Introduction.** Artificial intelligence (AI) in various forms and degrees is used to develop and promote a wide range of fields, such as banking and financial markets, education, supply chains, manufacturing, retail and e-commerce, as well as healthcare. In the technology industry, AI is an important factor contributing to many new business innovations. These include web search (e.g. Google), content recommendations (e.g. Netflix), product recommendations (e.g. Amazon), targeted advertising (e.g. Facebook), and autonomous vehicles (e.g. Tesla).

Every day people reap the benefits of artificial intelligent systems. Ranging from the free spam emails we receive in our inboxes, to smartwatches that use inputs from accelerometer sensors to distinguish daily activities from aerobic activity, and grocery shopping on internet sites like Amazon that recommend products based on our previous purchase records. These examples reflect the use of AI in various fields, such as technology and retail. AI has changed our daily lives, which has affected how we perceive and process information.

The purpose of this article is to present various aspects of AI related to medical sciences. The article will focus on past and present applications in medical sciences and show companies that are currently using artificial intelligent systems in the healthcare industry. In addition, this article In addition, the final part of this article will emphasize the exceptional importance of interdisciplinary cooperation leading to the creation of ethical, unbiased artificially intelligent systems [1].

### **The birth of artificial intelligence**

Artificial intelligence begins its revival since the appearance of the first electronic computing machines in the 40s. With the advent of the IBM, prerequisites for the possibility of creating artificial intelligence began to appear.

There were questions about whether it is possible to make a machine that will have the same intellectual capabilities as a human (or much superior).

Scientists in the 50s did experiments in building equipment that would mimic the human brain. Such attempts proved to be a failure, because there was a complete unsuitability of software and hardware [2].

One of the main findings of AI was proposed again in the 80s of the XX century. Experts in the field of the concept of computing Feigenbaum and Barr called artificial intelligence the field of computer science, sent to create mental systems that possess the capabilities inherent in the human mind. These include the probability of learning, the consideration of language, the art of conversation and the solution of all kinds of problems.

Now AI includes software with a set of algorithms and methods that can solve mental problems in the same spirit as a person would find it. For example, artificial intelligence is capable of:

- Predict different situations
- Evaluate the information and formulate a final assessment
- Analyze data and look for hidden patterns, etc. [3].

And at the moment, artificial intelligence is in high demand in various branches of medicine for the premature detection of diseases and their prevention. For example, AI is used in oncology, surgery, etc.

### **How do neural networks work in the medical field?**

Artificial intelligence in medicine is the use of machine learning models to search for medical data and obtain information that helps improve treatment outcomes and patient experience. Thanks to the latest advances in computer science and computer science, artificial intelligence (AI) is rapidly becoming an integral part of modern healthcare. Artificial intelligence algorithms and other AI-based applications are used to support healthcare professionals in clinical settings and in ongoing research.

Currently, the most common functions of artificial intelligence in medical institutions are clinical decision support and image analysis. Clinical decision support tools help healthcare providers make decisions about treatment, medications, mental health, and other patient needs by providing them with quick access to information or research relevant to their patient. In medical imaging, artificial intelligence tools are used to analyze computed tomography, X-rays, magnetic resonance imaging and other images for damage or other findings that a human radiologist might have missed.



The challenges that the COVID-19 pandemic has created for many healthcare systems have also prompted many healthcare organizations around the world to begin field trials of new technologies supported by artificial intelligence, such as algorithms developed for patient monitoring and artificial intelligence-based tools for screening patients with COVID-19.

Research and the results of these tests are still being collected, and general standards for the use of artificial intelligence in medicine are still being determined. Nevertheless, the possibilities of artificial intelligence to benefit clinicians, researchers and the patients they serve are steadily expanding. At the moment, there is no doubt that artificial intelligence will become a major part of digital health systems that shape and support modern medicine.

Software that works with the help of AI in medicine

There are many ways in which AI can positively influence the practice of medicine, whether through accelerating the pace of research or helping doctors make better decisions.

Here are some examples of how AI can be used:

#### **AI in the field of disease detection and diagnosis**

Unlike humans, AI doesn't need to sleep. Machine learning models can be used to monitor the vital signs of patients receiving emergency medical care and alert doctors if certain risk factors increase. While medical devices such as heart monitors can monitor vital signs, AI can collect data from these devices and look for more complex conditions such as sepsis. One of IBM's clients has developed a predictive AI model for premature babies, which is 75% accurate in detecting severe sepsis.

#### **Personalized treatment of diseases**

Precision medicine would become easier to maintain with the help of virtual artificial intelligence. Because artificial intelligence models can learn and store preferences, AI has the potential to provide patients with personalized recommendations around the clock in real time. Instead of repeating information to a new person every time, the healthcare system could offer patients round-the-clock access to a virtual assistant based on artificial intelligence, which could answer questions based on the patient's medical history, preferences and personal needs.

#### **Accelerated drug development**

Drug discovery is often one of the largest and most expensive parts of drug development. Artificial intelligence could help reduce the cost of developing new drugs mainly in two ways: by creating better drug designs and finding promising new drug combinations. With the help of artificial intelligence, it would be possible to overcome many problems related to big data facing the life sciences industry [4].

### **What is artificial intelligence in surgery?**

The power of the human mind combined with modern technology has the potential to shape healthcare as we know it. The integration of artificial intelligence into surgery contributes to the development of surgical and procedural medicine to a huge level of complexity.

Let's look at two areas of artificial intelligence in surgery and how its achievements increase the accuracy and predictability of surgical procedures:

#### **1. Machine learning**

Machine learning in surgery is of great importance for surgery because it can reveal subtle patterns in large datasets. Using a training dataset of 41,222 patients who underwent cranial trepanation for a brain tumor, a machine learning ensemble was created, which found that indiscriminate surgery, preoperative pneumonia, sodium anomaly or weight loss, as well as non-white race were the strongest predictors of increased hospital stay. The researchers suggest that “machine learning can be applied to a wide range of clinical problems to improve patient care.”

#### **2. Computer vision**

Computer vision refers to the machine understanding of images and videos with human-level capabilities. Computer vision is especially important in automated diagnostics, imaging surgery, and virtual colonoscopy.

For example, it is estimated that one minute of high-definition surgical video contains 25 times more data than a high-resolution computed tomography image. The abundance of data could give clinicians access to a huge amount of useful data.

Even more intriguing is that the researchers studied computer vision techniques to review the current surgical scene during a breast lumpectomy to track tissue deformities, as well as the location of instruments to improve image-oriented navigation systems. The potential of such opportunities is to improve the localization of cancer in order to increase the likelihood of single-pass operations and limit the number of repeat operations.

### **The Future of Surgery: what awaits artificial intelligence in the operating room and beyond?**

Below are three predictions by which we can see how artificial intelligence will advance surgery in the future:

#### **Forecast #1: Improved operational planning using automated analysis**

We are likely to see an increase in the number of patients downloading preoperative data from mobile apps that are directly synchronized with their electronic medical records (EMR). Such data can

provide surgeons with more accurate information about the risk to a particular patient when planning an operation and provide better indicators of postoperative care.

### **Forecast #2: The ability to avoid adverse events during surgery**

In the near future, surgeons may be able to make decisions during surgery based on real-time analysis using artificial intelligence. This analysis will be based on a combination of EMC data, real-time live video, vital signs and tracking devices. Such a comprehensive and prognostic approach can lead to the prevention of adverse events during surgery [5].

### **Conclusion**

Artificial intelligence is a promising technology that improves the accuracy of medical appointments and recommendations, helps to reduce the time for routine processes and reduces costs. Nevertheless, medical workers remain the most important link in terms of working with people, since they possess, in addition to professional qualities, the necessary moral and ethical qualities, empathy and understanding of social values. Thus, artificial intelligence in medicine should be perceived as a tool to improve the quality of service and reduce the burden on medical workers.

### **List of references:**

1. Манкибаев Б.С. Основные направления внедрения искусственного интеллекта в медицине. / Б.С. Манкибаев // Наука, образование и культура. – 2019. – С. 3.
2. Мещерякова А.М. Искусственный интеллект в медицинской визуализации. Основные задачи и сценарии развития / Мещерякова А.М., Акопян Э.А., Слинин А.С. // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2018. – С. 100.
3. Фершт В.М. Современные подходы к использованию искусственного интеллекта в медицине. / В.М. Фершт, А.П. Латкин, В.Н. Иванова // Территория новых возможностей. Вестник ВГУЭС. – 2020. – С. 127-128
4. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении. URL: <https://center2m.ru/ai-medicine>
5. What is AI in surgery?. URL: <https://blog.engineering.vanderbilt.edu/what-is-ai-in-surgery#:~:text=In%20the%20near%20future%2C%20surgeons,vital%20signs%20and%20instrument%20tracking>.
6. Artificial Intelligence: How is It Changing Medical Sciences and Its Future?. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7640807/>
7. What is artificial intelligence in medicine?. URL: <https://www.ibm.com/topics/artificial-intelligence-medicine>

8. The Algorithmic Surgeon: AI's Role in the Operating Room. URL: <https://medium.com/@thomascdaniel/the-algorithmic-surgeon-ais-role-in-the-operating-room-3bf1e22676e8>

9. What is Artificial Intelligence Surgery?. URL: <https://community.ibm.com/community/user/ai-datascience/blogs/luigi-de-fonsi/2022/12/01/what-is-artificial-intelligence-surgery>

10. How AI Helps Surgeons. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/how-ai-helps-surgeons-amir-hosseini-kargarzadeh-1f>

УДК 616.314-77

**Альдекова Р., Байділдаева А.С.**

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

### **ЗНАЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ**

#### ***Аннотация***

*В этой статье обсуждается важность и потенциальные возможности применения искусственного интеллекта в сфере медицины.*

**Ключевые слова:** медицина, искусственный интеллект, современные инновации, здоровье человека.

**Aldekova R., Baidildaeva A.S.**

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

### **THE IMPORTANCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE**

#### ***Annotation***

*This article discusses the importance and potential applications of artificial intelligence in the medical field.*

**Keywords:** medicine, artificial intelligence, modern innovations, human health.

**Альдекова Р., Байділдаева А.С.**

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

### **ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТТІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗДЫҒЫ**

### **Аннотация**

*Бұл мақалада жасанды интеллекттің медицина саласындағы маңыздылығы мен әлеуетті қолданылуы талқыланады.*

**Кілт сөздер:** медицина, жасанды интеллект, заманауи инновациялар, адам денсаулығы

**Цель:** доказать важность и актуальность искусственного интеллекта и рассмотреть перспективы развития искусственного интеллекта в медицине.

**Актуальность.** Искусственный интеллект (ИИ) стал очень важной частью современных технологических инноваций, и медицина не осталась в стороне от этой революции. В последние десятилетия наблюдается стремительное внедрение ИИ в сферу здравоохранения, открывая новые горизонты для диагностики, лечения и управления медицинскими данными. В данной статье мы рассмотрим различные аспекты применения искусственного интеллекта в медицине, а также его влияние на современную практику и перспективы будущего.

**Введение.** Одним из ключевых направлений применения искусственного интеллекта в медицине является диагностика заболеваний. Алгоритмы машинного обучения, обученные на огромных объемах медицинских данных, способны выявлять паттерны, которые человеческий взгляд может упустить. Это особенно актуально в области изображений, таких как рентгеновские снимки, компьютерные томографии и магнитно-резонансная томография.

### **Основная часть:**

Алгоритмы обработки изображений, использующие нейронные сети, могут точно выявлять аномалии на рентгенограммах и КТ-снимках. Это позволяет более быстро и точно диагностировать заболевания легких, костей и других органов, что является критически важным в условиях неотложной медицинской помощи.

В области дерматологии ИИ также демонстрирует впечатляющие результаты. Системы распознавания образов на коже, основанные на глубоком обучении, способны выявлять признаки различных дерматологических заболеваний с высокой степенью точности.

Не ограничиваясь лишь диагностикой, искусственный интеллект активно применяется в области лечения различных заболеваний.

Искусственный интеллект используется для анализа снимков, таких как рентгены, МРТ, КТ и УЗИ, для более точной и быстрой диагностики различных заболеваний. Алгоритмы машинного обучения помогают выявлять патологии и аномалии, ускоряя процесс диагностики. Так же ИИ может анализировать медицинские записи, лабораторные результаты и генетическую информацию, помогая выявлять симптомы и предсказывать риски развития заболеваний у конкретных пациентов.

Искусственный интеллект помогает создавать персонализированные планы лечения, учитывая уникальные особенности каждого пациента. Это может включать подбор оптимальных лекарственных препаратов или доз, основываясь на генетической информации и реакции пациента на лечение.

В свою очередь это позволяет предсказывать возможные заболевания на ранних стадиях, что дает возможность заранее принимать меры по их предотвращению или раннему лечению.

В хирургии хирургические роботы, управляемые ИИ, позволяют проводить более точные и меньше инвазивные операции. Они обеспечивают хирургам более точное управление и улучшают точность процедур, снижая риск человеческих ошибок и повышая точность операций.

На данный момент искусственный интеллект не обошел даже стоматологию. Вот несколько способов, как ИИ может применяться в стоматологии:

1. Диагностика и обработка изображений:

Рентгенология: ИИ может помочь в автоматической интерпретации рентгеновских снимков для выявления заболеваний зубов и челюстей.

Интраоральная камера: Алгоритмы обработки изображений могут помочь стоматологам анализировать интраоральные фотографии для выявления проблем с зубами и деснами.

2. Проектирование лечения и планы лечения:

Системы планирования имплантации: ИИ может помочь в создании более точных планов имплантации зубов, учитывая анатомические особенности каждого пациента.

Программы виртуальной реальности: В сочетании с виртуальной реальностью, ИИ может создавать трехмерные модели зубов и челюстей для более эффективного обучения студентов-стоматологов или объяснения процедур пациентам.

3. Разработка персонализированных рекомендаций по уходу за полостью рта: ИИ может анализировать данные об уходе за зубами и деснами пациента, предоставляя персонализированные рекомендации по поддержанию здоровья полости рта.

4. Мониторинг пациентов:

Системы мониторинга могут использовать ИИ для отслеживания изменений в состоянии полости рта, предупреждая о возможных проблемах до их обострения.

5. Чат-боты и виртуальные ассистенты:

Виртуальные помощники, основанные на ИИ, могут предоставлять информацию пациентам о правильном уходе за зубами, напоминать о приеме лекарств и контролировать процесс лечения после посещения стоматолога.

Внедрение искусственного интеллекта в стоматологию может улучшить точность диагностики, эффективность лечения и общую заботу о здоровье полости рта, что приводит к более высокому уровню ухода за пациентами и оптимизации рабочих процессов в стоматологических клиниках.

**Заключение:**

Искусственный интеллект в медицине - это не только будущее, но и реальность. Уже сейчас трудно обеспечить современную медицину без ИИ. На данный момент ИИ более востребован в медицине, чем когда-либо прежде. Потому что ИИ совершенствуется, облегчает работу врачей и позволяет пациентам лучше понимать свой организм. Изучая состояние здоровья, искусственный интеллект - это живой помощник, мгновенно анализирующий данные, точно ставящий диагноз, выявляющий симптомы и заботящийся о каждом пациенте. Поэтому искусственный интеллект очень важен и имеет большие перспективы для развития медицины.

**Список литературы:**

1. Вокина Светлана Григорьевна, «Экономика медицины. Медицинские услуги, инновации, ценообразование, управление» - Инфра-инженерия, 2021 г
2. Эрик Тополь «Искусственный интеллект в медицине» - Альпина Паблишер, 2021 г
3. Macrae C. Governing the safety of artificial intelligence in healthcare-2019
4. Hashimoto DA, Rosman G, Rus D, Meireles OR. Artificial intelligence in surgery: promises and perils -2022

УДК 616.321-002:615.3-085

**Амангелді А.Е., Шакеев.Қ.Т**

КеАҚ «Қарағанды медицина Университеті», Қарағанды, Қазақстан

**БЕЛ ОМЫРТҚАНЫҢ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІЛЕРІНІҢ ГРЫЖАСЫНАН  
ТУЫНДАҒАН ҰЙҚЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ: ЕМДЕУ  
ӘДІСТЕРІ**

**Аннотация**

*Ұйқының бұзылуы жиі бел омыртқасындағы грыжа омыртқааралық дискілермен байланысты ауырсынумен бірге жүреді. Зерттеулер ұйқының бұзылуы мен ауырсыну белгілерінің жоғарылауы арасындағы екі жақты байланысты көрсетеді. Арқадағы ауырсыну*

өте кең таралған мәселе болып табылады, ол адамдардың кем дегенде 80% өмірінде кездеседі. Көбінесе ауырсыну жүру немесе белгілі бір қозғалыстардан кейін пайда болады, мысалы, ауыр заттарды көтеру, күрт еңкейу, ұзақ уақыт отыру немесе кенеттен тұру. Ауырсыну әдетте төменгі арқа бұлшық еттерін қимылдату және кернеу кезінде күшейеді. Соңғы жылдары зерттеу нәтижелері арқа ауруы бар науқастарда ұйқының бұзылуының жоғары таралуын көрсетті - мұндай науқастардың 50-60% -ында. Осы популяцияда ұйқының бұзылуының жоғары таралуына қарамастан, жарияланған зерттеулер шектеулі.

**Кілт сөздер:** ауырсыну синдромы, ұйқының бұзылуы, омыртқа аралық дискінің жарығы, бел омыртқасы, мелатонин, габапентин.

**Amangeldi.A.Y., Shakeev.K.T**

NJCS «Karagand Medical University», Karaganda, Kazakhstan

## **SLEEP DISORDERS AND PAIN SYNDROME CAUSED BY HERNIATED INTERVERTEBRAL DISCS OF THE LUMBAR SPINE: METHODS OF TREATMENT**

### ***Annotation***

*Sleep disorders are often accompanied by pain associated with herniated intervertebral discs in the lumbar spine. Research shows a bidirectional relationship between sleep disturbances and increased pain symptoms. Back pain is a very common problem that affects at least 80% of people in their lives. Pain often occurs after walking or certain movements, such as lifting heavy objects, bending over sharply, sitting for a long time or standing up suddenly. The pain is usually aggravated by movement and tension of the lower back muscles. In recent years, research results have shown a high prevalence of sleep disorders in patients with back pain - 50-60% of such patients. Despite the high prevalence of sleep disorders in this population, published research is limited.*

**Key words:** *pain syndrome, sleep disorder, intervertebral disc herniation, lumbar spine, melatonin, gabapentin.*

**Амангелди.А.Е., Шакеев.К.Т**

НАО «Карагандский медицинский университет», Караганда, Казахстан

## **НАРУШЕНИЯ СНА И БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ВЫЗВАННЫЕ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

### ***Аннотация***



*Нарушения сна часто сопровождаются болями, связанными с грыжами межпозвоноковых дисков в поясничном отделе позвоночника. Исследования показывают двунаправленную связь между нарушениями сна и усилением болевых симптомов. Боль в спине — очень распространенная проблема, от которой страдают не менее 80% людей в жизни. Боль часто возникает после ходьбы или определенных движений, например, подъема тяжелых предметов, резкого наклона, длительного сидения или внезапного вставания. Боль обычно усиливается при движении и напряжении мышц поясницы. Результаты исследований последних лет показали высокую распространенность нарушений сна у пациентов с болями в спине - 50-60% таких пациентов. Несмотря на высокую распространенность нарушений сна в этой популяции, опубликованные исследования ограничены.*

**Ключевые слова:** *болевой синдром, нарушение сна, грыжа межпозвонокового диска, поясничный отдел позвоночника, мелатонин, габапентин.*

**Зерттеудің мақсаты:** бел омыртқасының омыртқааралық дискілерінің грыжасынан туындаған ауырсыну синдромын емдеуде габапентинмен және мелатонинмен біріктірілген терапияның тиімділігін бағалау.

**Материал және әдістер:** зерттеуге бел омыртқасындағы жедел ауырсыну синдромы бар 39 науқас қатысты. 1-ші топта 21 науқас, 2-ші топта - 18 науқас болды, олар негізгі терапиядан басқа түнде 3 мг дозада мелатонин тағайындады. Барлық науқастар габапентинді тәулігіне 300-900 мг дозада, сондай-ақ ауырсынуды түзету үшін оңалту шаралары кешенін қабылдады. Емдеу тиімділігі 1, 2, 3 және 4 аптадан кейін ВОЗ, Питтсбург ұйқы сапасы шкаласы және Осверстиясындағы ұйқы шкаласы көмегімен бағаланды. емдеу кезінде және 3 айдан кейін.

**Зерттеу нәтижелері:** 2 топтағы науқастарда ауырсыну синдромының неғұрлым жылдам және айқын регрессиясы, сонымен қатар аурудың өткір кезеңінде емдеу кезінде ұйқы сапасының жақсаруы көрсетілген. 3 айдан кейін айтарлықтай айырмашылықтар табылған жоқ. Зерттелетін топтардағы зақымдану деңгейіне сәйкес дискілердегі дегенеративті өзгерістер 10 (47,6%) және 12 (66,7%) және L5-S1 11 (52,4%) деңгейінде L4-L5 деңгейінде диагноз қойылған. 1 және 2 топтағы 6 (33,3%) пациент, тікенді өсінділер мен паравертебральды нүктелерді пальпациялағанда ауырсынумен қатар жүрді. Зерттеуге енгізілген науқастардың көпшілігінде негізгі аурудың ұзақтығы 6 жылдан аз болды (59,0%): 1-топтағы 13 (61,9%) және 2-топтағы 10 (55,6%) адам; аурудың ұзақтығы 7 жыл және одан да көп болуы тиісінше 1 және 2 топтағы 8 (38,1%) және 8 (44,4%) пациентте байқалды. Неврологиялық статуста науқастардың көпшілігінде бел омыртқасындағы қозғалыстардың күрт шектелуі, арқаның паравертебральды

бұлшықеттерінің кернеуі, тізе және Ахиллес рефлекстерінің төмендеуі/болмауы болды. Аяқтағы ауырсынудың сәулеленуі 1-ші топтағы 15 (71,4%) және 2-ші топтағы 12 (66,7%) науқаста байқалды. 1 және 2 топтағы сәйкесінше 14 (66,7%) және 15 (83,3%) науқас төменгі аяқ-қолдарының жансыздануына шағымданды. Барлық науқастарда жамбас функциялары бұзылмаған. Емдеуге дейін ауырсынудың ауырлығы мен ұйқы сапасының бұзылуы екі топта да салыстырмалы болды. Емдеу кезінде ауырсыну симптомдарының регрессиясы байқалды, ал 2-ші топтағы науқастарда ауырсыну синдромы 2 (1,39 рет;  $p < 0,05$ ), 3 (1,64 рет;  $p < 0,05$ ) және 4 (1,64 рет;  $p < 0,05$ ) кейін азырақ білінді. 1,39 рет;  $p < 0,05$ ) апта. 1 топтағы науқастармен салыстырғанда терапия. Ұйқының сапасын бағалау кезінде 2-топтағы науқастарда 1 аптадан кейін айтарлықтай жақсартулар байқалғаны анықталды. емдеу басталғаннан кейін (1,35 есе;  $p < 0,05$ ), ал 1 топта ұйқының айтарлықтай жақсаруы 3 аптадан кейін ғана байқалды. емдеу басталғаннан кейін (1,5 есе;  $p < 0,05$ ). Сонымен қатар, 2-топтағы пациенттердегі PSQI шкаласы бойынша деректер 1-ші топтағы науқастарға қарағанда айтарлықтай жақсырақ болды. 2, 3 және 4 апта емдеу басталғаннан кейін сәйкесінше 1,32, 1,33 және 1,54 есе көрсетті ( $p < 0,05$ )

**Қорытынды:** бел омыртқасының омыртқааралық дискілерінің грыжасынан туындаған ауырсыну синдромы бар науқастарды емдеу курсына мелатонинді қосу тиімді және пациенттердің осы санатын кешенді емдеуге ұсынылуы мүмкін. Зерттеу дәлелденген қауіпсіздік профилі бар рецептсіз сатылатын биологиялық белсенді қоспа болып табылатын мелатониннің өткір ауырсынуды азайтуға және ұйқы сапасын жақсартуға перспективалы екенін көрсетті. Мелатониннің нақты анальгетикалық механизмі белгісіз. Мелатониннің анальгетикалық әсеріне орталық жүйке жүйесінде және жұлынның дорсальды мүйіздерінде орналасқан опиоидты, бензодиазепин, мускариндік, никотиндік, серотонергиялық және адренергиялық  $\alpha 1$ - және  $\alpha 2$ -рецепторларымен әрекеттесу арқылы қол жеткізуге болады. Сонымен қатар, мелатонинге байланысты ұзақ мерзімді анальгезияны налоксонмен қалпына келтіруге болатынын ескере отырып, мелатониннің әсер ету механизмінде опиоидты рецепторлардың ықтимал рөлі туралы қорытынды жасауға болады. Мелатонин созылмалы ауырсынумен байланысты бірнеше ауруларда, соның ішінде фибромиалгия, тітіркенген ішек синдромы және мигрень кезінде ауырсынуды азайтуда тиімді екендігі көрсетілді. Бел жарығы бар емделушілерде мелатониннің анальгетиктер және анксиолитиктер ретінде потенциалды тиімділігі туралы ұсыныстарға қарамастан, қолда бар деректер қарама-қайшы. Мелатонин эпифиздегі триптофаннан синтезделген гормон болып табылады және тәуліктік және биологиялық ырғақтарды, сондай-ақ ұйқы, алаңдаушылық және ауырсыну сияқты физиологиялық реакцияларды реттеуге қатысады. Мелатониннің антиноцицептивтік және

антиаллодиндік әсері жануарлардың ауырсынуды тітіркендіргіштерді қабылдау үлгілерінде гана емес, сонымен қатар әртүрлі аурулары бар науқастарда да көрсетілген.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Хирургические болезни. Кузин М.И. Москва, Медицина 2022
2. Клиническая хирургия. Панцырев Ю.М. Москва Медицина 1988
3. Общая хирургия. Гостищев В.Н. Москва Медицина 2020
4. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Кованов В.В. Москва Медицина 2015
5. Атлас онкологических операций. Петерсон Б.Е. Москва Медицина 2017
6. Хирургические болезни. Савельев В.С., Кириенко А.И. ГЭОТАР-Медиа 2016

УДК 615.038

**Assan A.<sup>1</sup>, Kerimbayeva Z.<sup>2</sup>, Moldaliyev I.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

<sup>2</sup> NJSC «Astana Medical University», Astana, Kazakhstan

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PHARMACOTHERAPY: ASSESSMENT OF THE  
RATIONAL USE OF DRUGS IN THE NEPHROLOGY DEPARTMENT OF A  
MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

***Annotation***

*The rapid development of the pharmaceutical industry has increased the need to evaluate and monitor the use of medicines. Thus, there is a need to monitor the appropriate use of medicines, including antimicrobials. A pharmacoeconomic analysis was conducted in the nephrology department of a secondary multidisciplinary hospital for 2023. During this period, 22229 patients were treated in the hospital; a total of 1254 patients with International classification of diseases (ICD-10) code in the context of N00.8 – N18.5 were treated in the nephrology department.*

**Key words:** *polypharmacy, drug consumption, pharmacoeconomic study, Chronic kidney disease, medications*

**Асан А.А., Керімбаева З.А., Молдалиев Ы.С.**

<sup>1</sup> Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан,  
Қазақстан

<sup>2</sup> «Астана медицина университеті» КЕАҚ, Астана, Қазақстан

## ФАРМАКОТЕРАПИЯНЫ РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ: КӨПСАЛАЛЫ АУРУХАНАНЫҢ НЕФРОЛОГИЯЛЫҚ БӨЛІМІНДЕ ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ҰТЫМДЫ ПАЙДАЛАНУДЫ БАҒАЛАУ

### *Аннотация*

Фармацевтикалық өндірістің қарқынды дамуы дәрілік құралдарды қолдануды бақылау мен бағалаудың қажеттілігін арттырды. Осыған орай, дәрілік құралдардың, микробқа қарсы дәрілермен қоса алғанда тиісті қолданылуына бақылау жүргізу қажеттілігі туындады. Екінші деңгейдегі көпсалалы аурухананың нефрология бөлімшесінде 2023 жылға фармакоэкономикалық талдау жүргізілді. Осы кезеңде ауруханада 22229 науқас ем қабылдаған, нефрология бөлімшесінде аурулардың халықаралық жіктелу (АХЖ-10) N00.8 – N18.5 кодымен барлығы 1254 науқас емделген.

**Кілт сөздер:** полипрагмазия, дәрі-дәрмектерді тұтыну, фармакоэкономикалық зерттеу, созылмалы бүйрек ауруы, дәрі-дәрмектер

**Асан А.А., Керимбаева З.А., Молдалиев И.С.**

<sup>1</sup> Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясауи, Туркестан,  
Казахстан

<sup>2</sup> НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ: ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В НЕФРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

### *Аннотация*

Быстрое развитие фармацевтической промышленности увеличило необходимость оценки и мониторинга использования лекарственных средств. Таким образом, возникает необходимость мониторинга надлежащего использования лекарственных средств, включая противомикробные препараты. Проведен фармакоэкономический анализ в нефрологическом отделении многопрофильной больницы вторичного уровня за 2023 год. В этот период в

больнице получили лечение 22229 больных, в нефрологическом отделении всего пролечено 1254 пациентов с кодом международная классификация болезней (МКБ-10) в разрезе N00.8 – N18.5.

**Ключевые слова:** полипрагмазия, потребление лекарств, фармакоэкономическое исследование, хроническая болезнь почек, лекарственные препараты

**Introduction.** The leading issues in regulating the activities of medical organizations are the rational use of resources, as well as safe pharmacotherapy and the fight against polypharmacy in nephrology patients. Chronic kidney disease (CKD) is one of the most common clinical conditions characterized by a progressive decline in kidney function not only in Kazakhstan, but throughout the world. According to the International Society of Nephrology 2023, CKD affects 850 million people worldwide, affecting people of all ages and races. The World Health Organization estimates that more than half of all medicines are prescribed, dispensed or sold inappropriately, and that half of all patients take them incorrectly. There has been an increased need for the effective work of the formulary commission, based on the principles of evidence-based medicine, scientific justification for the choice of treatment methods and medications with proven clinical effectiveness and safety. And also the role of a doctor - clinical pharmacologist, one of whose responsibilities is to conduct pharmacoeconomic analyzes and studies, has become more significant. The standard for organizing medical care in clinical pharmacology in the Republic of Kazakhstan stipulates the need to conduct pharmacoeconomic analyzes, as well as its individual methods such as ABC/VEN analysis, which is necessary for the formation of a draft drug formulary, which proves the relevance of this study in our country.

**Objective:** Analyze drug consumption and financial expenses using the ABC/VEN analysis system.

**Materials and methods:** The study used ABC/VEN analysis. To perform this analysis, a material statement was used; it is intended to control and analyze the movement and balances of medicines in the organization. Based on the data obtained, a list of drugs was ranked, indicating the amount of costs, as well as the percentage for each item for subsequent statistical processing. For each drug, the unit price of the drug, the number of units and the amount of costs are indicated.

**Results:** The analyzed cost of drugs prescribed to patients at a multidisciplinary hospital during the study period included 207 international nonproprietary names (INN). The Non-essential (N) group included eight drugs: iron and multivitamins, bromhexine, olodaterol + tiotropium bromide, an antiseptic, other hypnotics and sedatives, daunorubicin, sodium bicarbonate, phenolphthalein, amounting to 0.32%. The most expensive group of drugs, class A, included 42 INNs, for which 85.75% of the funds were spent. The most expensive drug in this class was Curosurf (14.45%). Group

B included 38 INNs and Group C included 127 INNs. Costs for antimicrobial drugs (J01) amounted to 6.9% of costs for class A drugs. Among antimicrobial drugs, the most expensive are the carbapenem antibiotic Meropenem (17%).

**Conclusions:** Thus, conducting a pharmacoeconomic study made it possible to assess the rationality of spending the budget for the purchase of drugs by distributing drugs into groups ABC and VEN. An increase in the consumption of vital drugs has been noted, which meets the requirements of treatment in a multidisciplinary hospital, however, the pharmacotherapy required requires comprehensive optimization of approaches to the rationalization of drugs, as well as the introduction of a clinical pharmacology service or a hospital pharmacy department to improve medical care.

**List of references:**

1) ISN, 2023, <https://www.theisn.org/blog/2023/03/30/new-global-kidney-health-report-sheds-light-on-current-capacity-around-the-world-to-deliver-kidney-care/#:~:text=A%20multinational%20study%20surveying%20the,populations%20are%20at%20higher%20risk>

2) Рахимов К. Д. и др. Опыт применения ABC/VEN-анализа в многопрофильном детском стационаре города Алматы //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 2. – С. 354-357.

3) Султонова Г. А., Жұраева З. А., Машарипов д. Ш. Абс/вен анализ как метод повышения рациональности использования лекарственных средств //вестник пермской государственной фармацевтической академии. – 2018. – С. 221-224.

УДК 616.22-072.1

**Асилова А.К., Исламова М. Р.**

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

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ОСМС НА  
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОР ОРГАНОВ**

**Аннотация**

*Проблема повышения качества медицинской помощи остается актуальной и для оториноларингологической службы, что предполагает, в первую очередь, совершенствование работы амбулаторно-поликлинических учреждений, обеспечивающих основной объем лечебно-*

*профилактических мероприятий у больных с заболеваниями уха, горла и носа введение ОСМС. Рост часто встречаемых заболеваний среди населения и приводящиеся к хроническим заболеваниям это заболевания верхних дыхательных путей (ВДП).*

**Ключевые слова:** ОСМС, населения, ЛОР-органы, лечебно-профилактические мероприятия.

**Асилова А. К., Исламова М. Р.**

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

## **МӘМС МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЛОР ОРГАНДАРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫНА ӘСЕРІ**

### **Аннотация**

*Медициналық көмектің сапасын арттыру мәселесі оториноларингологиялық қызмет үшін де өзекті болып қала береді, бұл, ең алдымен, құлақ, тамақ және мұрын аурулары бар науқастарда емдеу-профилактикалық іс-шаралардың негізгі көлемін қамтамасыз ететін амбулаториялық-емханалық мекемелердің жұмысын жетілдіруді болжайды. Жиі кездесетіндердің өсуі аурулар халық арасында және созылмалы ауруларға әкеледі бұл жоғарғы тыныс жолдарының аурулары .*

**Кілт сөздер:** МӘМС, халық, ЛОР-органдар, емдеу-алдын алу іс-шаралары.

**Asilova A.K., Islamova M. R.**

JSC South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

## **THE INFLUENCE OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF OSHI ON THE INCIDENCE OF ENT ORGANS**

### **Annotation**

*The problem of improving the quality of medical care remains relevant for the otorhinolaryngological service, which implies, first of all, improving the work of outpatient clinics providing the bulk of therapeutic and preventive measures in patients with ear, throat and nose diseases the introduction of OSHI. The increase in common diseases among the population and leading to chronic diseases are diseases of the upper respiratory tract (VDP).*

**Keywords:** OSMS, population, ENT organs, therapeutic and preventive measures.

**Актуальность.** Анализ заболеваний ЛОР органов позволил современной структуры ОСМС будут входить медицинские услуги, направленные на улучшение качества жизни

человека, а также медицинская помощь, которая закладывает основу для здоровья будущих поколений, это: консультативно-диагностическая помощь, дорогостоящие лабораторные услуги, дорогостоящие диагностические услуги: КТ, МРТ, стационар замещающая помощь при заболеваниях сверх ГОБМП, плановая стационарная помощь при заболеваниях сверх ГОБМП, медицинская реабилитация взрослых и детей по профилям. Пакет ОСМС будет предоставляться только застрахованным гражданам, за которых производятся отчисления и взносы в Фонд социального медицинского страхования.

Результаты исследования позволили научно обосновать эффективность поэтапного лечения диспансерной группы больных с патологией слуха и разработать алгоритм диспансерного наблюдения больных с сочетанной патологией ВДП и уха. Практическому здравоохранению предложены меры по повышению эффективности диспансерной и лечебной работы ЛОР-врача.

Как объект этого научного исследования взяты социально-медицинские проблемы при ОСМС введение ЛОР-заболевания (ухо, горла, нос). Состояние здоровья населения - весьма точный индикатор социально - экономического развития в целом. В здравоохранение разрабатываются новые лекарственные препараты и методы лечения, появляется возможность лечить ранее неизлечимые болезни. Однако все это приводит к удорожанию медицинских услуг, к увеличению потребности в финансовых ресурсах.

**Предмет исследования:** В амбулаторно-поликлинических условиях введение ОСМС показано о необходимом оказании консультативно – диагностической помощи (далее – КДП) населению, информационной системе врач ПМСП создает направление на оказание КДП, путем ввода данных о пациенте, повод обращения, предварительном диагнозе, и услуге КДУ.

**Дизайн исследования:** после создания направления врачу ПМСП→ в ИС отображается информация по источнику финансирования→ и статусу застрахованности пациента →После отображения источника финансирования и статуса застрахованности →врач ПМСП подтверждает корректность данных и сохраняет направление на КДУ. → Профильный специалист получает направление в ИС и оказывает консультативно – диагностическую помощь. →В случае необходимостидополнительных услуг, профильный специалист создает в ИС направление на оказание →дополнительных услуг.

На первом этапе научной работы по введению ОСМС прикрепленного населения данные исследования, исследованы факторы и условия, приводящие к ЛОР-заболеваниям Республике Казахстан, наиболее уязвимые группы населения, проанализированы социально-медицинские последствия заболеваний, приведших к хронизации данного заболевания.



Одним из возможных вариантов более эффективного использования средств, предназначенных на социальное и обязательное медицинское страхование, может быть их консолидация в рамках единой системы обязательного медико-социального страхования. При этом открывается возможность проведения единой рациональной политики по отношению к видам затрат, связанных с единым страховым случаем (расходы на профилактику, лечение, реабилитацию, выплату пособий по нетрудоспособности). В случае объединения финансовых институтов, осуществляющих социальное и медицинское страхование, появляются субъекты, экономически заинтересованные в повышении эффективности расходов на медицинскую помощь и снижение заболеваемости.

Создав систему медико-социального страхования здоровья, тем самым возможно сократить потери финансовых ресурсов.

На втором этапе к статистическим данным в динамике были взяты данные 10 поликлинике города Шымкента отчеты за последние 3 года 2017-2018-2019гг , и последни квартал 2020года введение ОСМС. На территории данного округа прикреплены обслуживаемого населения 78 565 человек, количество ЛОР-врачей – 2.

Были изучены основные причины, приводящие к ЛОР- заболеваниям. Исследование осуществлялось путем массового анализа сведений, содержащихся в учетно-отчетных документах. Тщательно изучен социальный портрет ОСМС и выделены следующие категории: постоянно регистрируемое местное население; городское и , по полу и возрасту. Проведено социологическое исследование среди хронизации и диспансеризации населения, взятых на основании посещения по заболеваемости и по назологиям.

**На третьем этапе** на основании результатов анализа полученных материалов исследования была разработана организационно-функциональная модель управления профилактикой среди часто болеющих ЛОР- заболеваниями населения по направлению участкового врача. В ходе исследования были использованы адекватные и современные методы (схема 1).

Таким образом рост показателей заболеваемости детей и взрослых может показывать не столько рост числа заболевших, сколько рост выявляемости заболеваний благодаря регулярным скринингом, предусмотренным госпрограммами, и росту доступности медицинской помощи населению, особенно проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах.

Изучение ЛОР - заболеваемости по обращаемости населения показало, из всех осмотренных заболевании часто встречаются синуситы, риниты. Пациент с хроническим заболеванием ставится на учет для динамического наблюдения в организации ПМСП по месту

прикрепления. Перечень, объемы, периодичность проведения осмотров участковой медицинской сестры, врача ПМСП, профильных специалистов, лабораторных и инструментальных исследований, сроки наблюдения, критерии снятия с учета определяются по Перечню заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в рамках КДП.

	2017	2018	2019
Нозологические формы:			
Первичная заболеваемость	9254	8568	10141
Болезни носа	3425	3145	3627
Болезни уха,	2864	2978	3147
Болезни глотки	2274	1954	2665
Новообразования ЛОР органов	690	491	702

Рисунок 1- Анализ ежедневных посещения

Анализ ежедневных посещения к ЛОР- врачам амбулаторно- поликлиники свидетельствует о том, что ежегодно поликлинику посещает от 78 до 80 тысяч человек. При этом, удельный вес первично выявленных заболеваний ЛОР-органов среди пациентов составляет 28-30%,- т.е. человек. Среди них на долю острых заболеваний верхних дыхательных путей приходится 29,7% (10141), хронических заболеваний 52,9% (5365), болезней уха 30,9% (3147).

**Заключение.** Очаги хронической инфекции ЛОР-органов играют большую роль в развитии как острых заболеваний, так и рецидивов хронической патологии человека, а также приводят к формированию различных форм тугоухости среди детского и взрослого населения. В то же время, в современной научной литературе мало данных о распространённости различных форм тугоухости в структуре заболеваний ЛОР-органов, их взаимосвязи с заболеваниями ВДП.

#### **Список литературы:**

1.Авдеева, В.А. Василенко и др. // Вестник оториноларингологии. – 2014 Оптимизация лечебно-диагностических процессов в системе обязательного медицинского страхования в поликлиническом ЛОР-отделении

2. Авдеева, С.Н. Совершенствование поликлинической оториноларингологической помощи в условиях современного мегаполиса (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. .канд. мед. Наук.

3. Агаларова, Л.С. Мнение населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики Здравоохранение Российской Федерации. – 2009.

4. Акопян, А.С. Материалы круглого стола «Модернизация здравоохранения: ограничения и альтернатива» Менеджер здравоохранения. -2011.-№5.

5. Аникеева З.И. Оптимизация лечебно-диагностических процессов в системе обязательного медицинского страхования в поликлиническом ЛОР-отделении /, Вестник оториноларингологии. – 2014.

6. Аникеева З.И., Принципы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями ЛОР-органов в поликлинике в рамках обязательного медицинского страхования / И.В. Мороз, С.Н. Авдеева и др. // Российская оториноларингология. – 2014.

7. Артемьева Г.Б.Б. Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Рязанской обл.) 2014 год, доктор медицинских наук.

УДК 616.5-007.61

**Аташова К.К., Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.**

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

## **АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН ҚОСАРЛАНА ЖҮРЕТІН БРОНХИТТІҢ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

### ***Аннотация***

*Бұл мақалада атопиялық дерматиті бар ерте жастағы балаларда бронхиттың клинико-лабораторлық ерекшеліктері сипатталған.*

***Кілт сөздер:*** балалар, бронхит, атопиялық дерматит, инфекция.

**Аташова К.К., Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.**

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

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИТОВ В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

### *Аннотация*

*В статье описаны клинико-лабораторные особенности течения бронхита в сочетании с атопическим дерматитом у детей раннего возраста.*

**Ключевые слова:** *дети, бронхит, атопический дерматит, инфекция.*

**Atashova K.K., Kutysh A.N., Orynbasar A.S., Anas G.O.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF BRONCHITIS IN COMBINATION WITH ATOPIC

### *Annatation*

*The article describes the clinical and laboratory features of the course of bronchitis in combination with atopic dermatitis in young children.*

**Key words:** *children, bronchitis, atopic dermatitis, infection.*

**Өзектілігі.** Жедел бронхит 5 жасқа дейінгі балаларда жиі кездесетін инфекциялардың бірі [1,2]. Оның клиникалық көрінісі мен асқынулары туралы көптеген зерттеулер нәтижесі әдеби шолу мен бірнеше елдердегі клиникалық тәжірибелік нұсқауларға енгізілген [3]. Вирустық қоздырғыштар, әсіресе респираторлық синцитиальды вирус және риновирустар ауыр эпизодтардың дамуының жетекші агенттері болып саналады, бірақ басқа патогенді қоздырғыштар да маңызды рөл атқарады [4]. Соңғы жылдары аллергия патологияның тұрақты өсуі де аурудың дамуын күшейтіп отыр. Жер бетінде 40% жуық адам аллергиялық аурулармен ауырады. Статистикалық мәліметтерге сәйкес, Қазақстан Республикасында балалар арасында тыныс алу жолдарының аурулары барлық аурулар арасында бірінші орында (0-14 жас аралығындағы балалар арасында 39,4% және 15-17 жаста 30,8%).

**Материалдар мен әдістер.** Балалардағы бронхиттің 35 жағдайы емханада ем қабылдаған науқастарды тексеру және бақылау арқылы зерттелді. Атопиялық дерматитпен ауыратын балалардағы бронх-өкпе патологиясымен сырқаттанушылықты талдау үшін 2022 жылы Шымкент қаласының 8-ші қалалық емханасының мұрағат материалдарына, ауру тарихына ретроспективті талдау жасалды. Зерттеу кезінде соматикалық аурулардың болуы туралы деректер, клиникалық, зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ескерілді.

**Зерттеу нәтижелері.** Зерттеуге бронхитпен ауыратын 35 науқас қатысты. Барлық тексерілген балалар екі топқа бөлінді: I топ атопиялық дерматитпен қосарланған бронхитпен ауыратын науқастар (негізгі топ) және II топқа (бақылау тобына) аллергиялық анамнезі жоқ жедел бронхитпен ауыратын 23 бала кірді. Топтардағы балалардың орташа жасы 0-ден 5 жасқа дейін. Тексеру барысында 1 жастан 5 жасқа дейінгі балалардың 24%-ы жедел бронхитпен ауыратыны анықталды, бұл 2 айға дейінгі және 2 айдан 11 айға дейінгі балаларға қарағанда 3,1 есе жоғары. Бронхитпен ауыратындар арасында қыздар 56,3%, ұлдар 43,7% құрайды. Дене салмағы бойынша 2 айға дейінгі балалардың 71%, 2 айдан 11 айға дейін - 74% дене салмағы жасына сай екендігі анықталды. Балаларда дене салмағының төмендігі 2 айға дейінгі балалардың- 28,5%, 2 айдан 11 айға дейінгі балалардың - 12,9% және 1 жастан 5 жасқа дейінгі - 20% анықталды. Артық салмақ 2 айдан 11 айға дейінгі және 1 жастан 5 жасқа дейінгі балалар арасында, сәйкесінше 12,9% және 29,2% құрады. Семіздік 1 жастан 5 жасқа дейінгі ауру балалар тобында – 7,7% жағдайда байқалды. 32 балада (91,4%) бронхит ЖРВИ фонында дамығаны анықталды. 3 науқаста (8,6%) ауру жоғарғы тыныс жолдарының катаральды ауруымен қатар жүрмеген. Балалар аурудың алғашқы белгілері басталған сәттен бастап дәрігер қабылдауында болған. Клиникалық және анамнестикалық көрсеткіштерін зерттей отырып, атопиялық дерматиттің даму ерекшеліктерін және байланысын анықтауға болады. Бронхиттің клиникалық ерекшеліктерін талдау барысында бақылау тобындағы балаларда ылғалды жөтел айтарлықтай жиі байқалатыны анықталды – 81,2%, ал атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда негізінен құрғақ жөтел басымдық болған (18,7%). Температура индикаторына келетін болсақ, бақылау тобына қатысты айтарлықтай айырмашылықтар байқалмады. Аурудың ұзақтығы бойынша атопиялық дерматитті бар бронхитпен ауыратын балаларда аурудың көрінісі бақылау тобына қарағанда 3-4 күнге ұзағырақ болған. Гемограмманы талдауда жалпы лейкоциттердің және оның таяқша, сегментті формаларының орташа мәндері қалыпты мәндерде болғаны анықталды. Лимфоциттердің 2,3%-ға дейін орташа өсуі ғана байқалды. С-реактивті белок атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балалар арасында (9,6 мг/л) айқын басымдықпен байқалды. Жалпы IgE атопиялық дерматитті бар бронхитпен ауырған балалар тобында, бақылау тобымен салыстырғанда 2,3 есе жоғары болды.

**Қорытынды.** Аурудың нәтижелерін талдауымыз көрсеткендей, атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын науқастардың көпшілігі 12-13 күн ішінде жақсарып, ауру толық жазылумен аяқталды. Аурудың «асқынуы» және емделу үшін стационарға жатқызу қажеттілігі бар жағдайлар болған жоқ. Бронхиттің клиникалық белгілерін талдауда бақылау тобындағы балаларда ылғалды жөтел айтарлықтай жиі байқалатынын көрсетті, ал құрғақ жөтел атопиялық

дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда айтарлықтай басымдықпен анықталды. Температура индикаторына келетін болсақ, бақылау тобына қатысты айтарлықтай айырмашылықтар байқалмады. Емделу ұзақтығы бойынша атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда ем қабылдау уақыты да ұзағырақ өтетіндігі анықталды. Клиникалық тәжірибе көрсеткендей, бронхит салыстырмалы түрде ұзақ ағыммен және патогенезінде обструктивті компоненттің басым болуымен және, атопиялық дерматиті бар балалар арасында еңтігудің болуымен бірге жүреді. Атопиялық дерматиті фондында балалардағы бронхит ағымының клиникалық және функционалдық ерекшеліктерін зерттеу ілеспе аллергиялық патологияның жедел инфекциялық процестің ағымын ауырлататынын көрсетті, бұл клиникалық және зертханалық деректермен расталады.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Ruffles TJC, Marchant JM, Masters IB, Yerkovich ST, Wurzel DF, Gibson PG, Busch G, Baines KJ, Simpson JL, Smith-Vaughan HC, Pizzutto SJ, Buntain HM, Hodge G, Hodge S, Upham JW, Chang AB. Outcomes of protracted bacterial bronchitis in children: A 5-year prospective cohort study. *Respirology*. 2021 Mar;26(3):241-248.
2. Заболевания органов дыхания у детей. Практическое руководство по детским болезням. Под редакцией Блохина Б.М. М: Медпрактика – М; 2019. с. 616.
3. Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Алексеева О.В. Вирусный и рецидивирующий круп у детей. *Медицинский совет*. 100-105.
4. Мизерницкий Ю.Л. Эффективность и безопасность сухого экстракта плюща в терапии бронхитов у детей (по результатам наблюдательного исследования ProSpiro) *Педиатрия*. 2019; 98(2): 18-27.

УДК 616.126.2

**Ауезова М.Ш., Ахат Ә.Қ., Болысбек Б.Н., Джамалбекова А.Д.**  
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

**БАЛАЛАРДАҒЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЭНДОКАРДИТТІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

*Аннотация*

Бұл мақалада балаларда инфекциялық эндокардиттің ағымдары, клиникалық ерекшеліктері сипатталған

**Кілт сөздер:** балалар, инфекциялық эндокардит, клиникалық ерекшеліктері, қауіп факторлары.

Ауезова М.Ш., Ахат Ә.Қ., Болысбек Б.Н., Джамалбекова А.Д.

АО «Южно Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

### *Аннотация*

*В данной статье описано течение и клинические особенности инфекционного эндокардита у детей.*

**Ключевые слова:** *дети, инфекционный эндокардит, клинические особенности, факторы риска.*

Auezova M.Sh., Akhat A.K., Bolysbek B.N., Dzhamalbekova A.D

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## FEATURES OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS IN CHILDREN

### *Annotation*

*This article describes the course and clinical features of infective endocarditis in children.*

**Keywords.** *children, infective endocarditis, clinical features, risk factors.*

**Кіріспе.** Қазіргі заманғы клиникалық тәжірибеде инфекциялық эндокардит мәселесі өте актуальды болып отыр. Бұл аурушаңдықтың айтарлықтай жоғары болуына, айқын клиникалық полиморфизмге, атипті формалар санының көбеюіне және антибактериалды терапияға төзімді патогендердің үлес салмағының артуына байланысты [1,2].

Жаңа инфекцияға қарсы препараттардың клиникалық тәжірибеге кеңінен енгізілуіне және кардиохирургияның қарқынды дамуына қарамастан, инфекциялық эндокардит әлі де ауыр болжаммен және жоғары өліммен сипатталады. Соңғы онжылдықта жұқпалы эндокардит (ЖБ) күрделі элеуметтік проблема болып табылады, бұл барлық жас топтарындағы балалар арасындағы науқастар санының өсуіне ғана емес, микробқа қарсы терапияның жетістіктеріне қарамастан, аурудың болжамы әлде де көп алаңдаушылықты

тудырады [3]. Бұл жағдай қолайсыз болжаммен, инфекциялық эндокардиттің аурушандығының өсуін анықтайтын қауіп факторларының болуымен түсіндіріледі.

Көп жағдайда эндокардит жеке нозологиялық форма емес, әртүрлі инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың салдарынан жүректің зақымдану синдромы болып табылады.

**Жұмыстың мақсаты** - балалардағы инфекциялық эндокардиттің заманауи ағымының ерекшеліктерін зерттеу

**Материалдар мен әдістер.** Бастапқы және екіншілік инфекциялық эндокардит диагнозымен ем иалған 40 баланың ауру тарихы талданды.

Келесі әдістер қолданылды: клиника-анамнездік, зертханалық зерттеулер, сыртқы кіші даму аномалияларын бағалау, ата-аналармен сұхбат, алғашқы медициналық құжаттардың мәліметтерін талдау. Жүрек, қан-тамыр жүйелерінің функционалдық әдістерінің электрокардиография (ЭКГ) және эхокардиография (Эхо-КГ, жүрек рентгенографиясы) қорытындысы бағаланды.

**Нәтижелер және талқылау.** Нәтижесінде біріншілік эндокардит 28% жағдайда сепсис фонында дамып, жедел түрде өтетіні анықталды. 21% жағдайда балалардағы инфекциялық эндокардит іріңді тері ауруларымен, фурункулезбен, 14% жағдайда көктамырішілік катетерді орнатқаннан кейін және 7% жағдайда стоматологиялық процедуралардан кейін дамыды.

Екіншілік эндокардит 34% жағдайда туа біткен жүрек ақауы фонында, 20% жағдайда туа біткен жүрек ақауының асқынуы болды. 31% жағдайда балаларда бастапқы эндокардит анықталды. 15% жағдайда кардиохирургиялық операциядан кейін дамығандығы анықталды. Жергілікті факторларға қақпашалардың туа біткен және жүре пайда болған патологиялық өзгерістері және жүрек ішілік гемодинамиканың бұзылыстары жатады. Туа біткен ақаулар бактериемияның инфекциялық эндокардитке трансформациялану қауіпін 31% дейін арттырады. Жалпы факторларға организмнің резистенттілігінің бұзылуы, иммуносупрессивті терапия кезінде дамитын иммунитеттің айқын өзгерістері жатады. Науқастардың 22,3% -ында фондық аурулар және иммуносупрессияға бейімдеуші факторлар (қант диабеті, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі, бауыр циррозы, анамнезінде қатерлі ісіктердің болуы, стероидты гормондар немесе цитостатиктермен қабылданған ем) жеке немесе қосарланған түрде анықталды. Туа біткен жүрек ақауларында 31% жағдайда екіншілік эндокардит дамыды. Біздің зерттеуімізде балалардың 15% -ында инфекциялық эндокардит Фалло тетрадасы фонында, 7,6% жағдайда қарынша аралық перденің дефектісі фонында және 4% жағдайда митральды қақпақшаның пролапсі жағдайында дамыған. Туа біткен жүрек ақауы бар балалардағы



инфекционды эндокардит жиілігі жалпы папуляцияға қарағанда (2-ден 18%-ға дейін ауытқиды) 15-140 есе артық анықталады [2]. ИЭ ауруы туа біткен жүрек ақаулары көп адамдарда көп кездеседі, балаларда қарынша аралық болады [3]. Екіншілік ИЭ дамуын тудыратын қауіп факторлары: ревматизм перденің дефектісі мен аортальды регургитация қосарлана жүргенде инфекциялық эндокардиттің дамуы сөзсіз митральды-аорталық жүрек ақаулары, жүрекшелер фибрилляциясы; туа біткен көк типті жүрек ақаулары, реконструкциялық операциялардан кейін пайда болатын ИЭ. Зерттелгендердің 4%-да митральды қақпақшаның пролапс (МҚП) белгілері анықталды, бұл жағдай кейде профилактикалық мақсатпен антибиотиктер тағайындауды қажет етеді. Жалпы алғанда, МҚП бар науқастар ИЭ дамуы бойынша жоғары қауіп тобына жатпайтынына қарамастан, оларда ИЭ жалпы популяцияға қарағанда 5-10 есе жиі дамиды. Митральды қақпақшаның регургитациясы немесе қалындауы бар науқастардың 3%-да инфекциялық эндокардит әлбетте дамиды. Балалардағы инфекциялық эндокардиттің дамуына бейімдейтін факторларды талдау кезінде туа біткен жүрек ақаулары кезінде ИЭ даму қаупі көбінесе жүректің анатомиялық ақауының сипатына байланысты болатындығы анықталды және Фалло, қарыншалық перде ақауы, атриовентрикулярлық коммуникация және аорта стенозы кезінде дамуы жоғар болатындығы анықталды. Біздің зерттеуімізде инфекциялы эндокардит 12 балада туа біткен жүрек ақауы фонында дамыса, олардың 50%-да Фалло, 25%-да қарынша аралық перденің ақауы, 8%-да аортальды стеноз анықталған. Клиникалық тұрғыдан алғанда, ең маңыздысы ИЭ жедел және созылыңқы болып бөлінеді. Бұлай бөліну ең алдымен аурудың ауырлығына, асқынулардың даму жылдамдығы мен жиілігіне және болжамына сәйкес жүзеге асырылады. Біріншілік эндокардитпен ауыратын балалардың зерттеу тобында 71% жағдайда ИЭ жедел ағыммен, ал 29% жағдайда созылыңқы ағымда өтті. Екіншілік эндокардитпен ауыратын балалардың зерттеу тобында 36% жағдайда (2 есе аз) ауру жедел ағыммен өтсе, 64% жағдайда созылыңқы ағыммен өтті. Біздің зерттеуімізде біріншілік ИЭ клиникалық көріністері 25% миокардит, спленомегалия және бүйрек зақымдануымен сипатталды. Екіншілік ИЭ-де эндокардиттің созылыңқы ағымы 76% жағдайда бүйрек зақымдануымен, 41% жағдайда буындардың зақымдануымен, 25% жағдайда тері зақымдануымен көрінеді. Біріншілік ИЭ кезінде сепсистің клиникалық көрінісі сирек байқалып, нефрит, васкулит, синовит, полисерозит сияқты иммунологиялық асқынулар жоғары жиілікте дамиды. Созылыңқы ИЭ клиникалық көрініс 2-6 апта ішінде бірте-бірте дамиды және негізгі симптомдардың және ауырлық дәрежесінің әртүрлілігімен сипатталады. Иммундық зақымданудың жиі көріністері: васкулит, (жедел ағымында 33%, созылыңқы ағымда 29%),

жедел ағымда артралгия (артрит) 22%, созылыңқы ағымда 41% жағдайда, миалгия, гломерулонефрит, миокардиттің дамуы.

ИЭ ең жиі кездесетін ерте симптомы – қызба (100%). Температуралық реакцияның сипаты әртүрлі: субфебрильден тұрақты гектикалыққа дейін. Жеңіл қалтыраудан дене температурасының айтарлықтай жоғарылауымен ауыр қалтырауға дейін болады. Науқастарда қатты тершеңдік байқалады. Жүрек шуы адамдардың 85% кездеседі. Зерттеу топтарындағы ЭКГ көрсеткіштерінде, зерттеудің 1 тобында 100% жағдайда ИЭ қан айналымының ІА-ІІВ дәрежелі бұзылуының дамуымен, 20% -да экстрасистолия, 30% -да жүрекшілік блокада, 8% -да PQ интервалының қысқаруы және 5% -да атриовентрикулярлық блокада анықталды. Зерттеудің 2 тобында 76% жағдайда ИЭ қан айналымы бұзылыстарының ІА-ІІВ дәрежесінің дамуымен сипатталды. Перифериялық тамырлардың васкулиті жедел және созылыңқы ағымда бірдей петехиялармен, Ослер түйіндерімен (микроваскулярлы септикалық эмболия) 8%, Рота дақтарымен (көз түбін зерттеу арқылы анықталған торлы қан кетулер) 5% және Дженеуэя дақтарымен (алақандағы 1-ден 4 мм-ге дейінгі геморрагиялық дақтар) 5% жағдайда сипатталды. Біріншілік ИЭ жағдайларының 41% -да тірек-қимыл аппараты зақымдалады, 15% жағдайда дене салмағының төмендеуі тән. Екіншілік инфекциялық эндокардит орта есеппен 31% жағдайда туа біткен жүрек ақауымен, 20% жағдайда жүре пайда болған жүрек ақауларымен және қақпақша инфекциясы, персистеуші септицемиямен өтеді.

Екіншілік ИЭ-де сепсистің клиникалық көрінісі сирек байқалады, иммунологиялық асқынулардың: нефрит, васкулит, синовит, полисерозит (гепатомегалия 77%, спленомегалия 55%, бүйрек зақымдануы 70%) жоғары жиілігі тән. Аурудың бұл түрі әдетте неғұрлым қолайлы болжаммен сипатталады. Екіншілік ИЭ 64% жағдайда созылыңқы ағымда өтеді

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Абдуразакова З.К., Камалова О.З. Современная этиотропная диагностика и профилактика инфекционного эндокардита у детей. Журнал молодой ученый, Казань-2019.
2. Демин А.А. Инфекционный эндокардит: диагностические ограничения эхокардиографии. А.А. Демин, В.П. Дробышева, Ю.В. Семенова. Инфекционный эндокардит: современные методы диагностики и лечения. М.; 2020
3. Lopez Diaz J. The increasing importance of healthcare-associated infective endocarditis. ESC Congress, Paris, 2019; Session № 142: 1250.

УДК 613.3-057.875(574.31)

**Бауыржанқызы А., Агаркова И.А.**

НАО «Медицинский Университет Караганды», Караганда, Казахстан

## **ПОПУЛЯРНОСТЬ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАРАГАНДИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

### **Аннотация**

*В настоящее время не только в Казахстане, но и во всем мире энергетические напитки набирают большую популярность. Основная его причина - яркая упаковка и реклама, которая утверждает информацию о том, что они пробуждают, освежают сознание и повышают работоспособность. Многие студенты медицинского университета в особенности пользуются энергетическими напитками в связи с огромным потоком информации, которую нужно освоить за одну ночь. Через данную тему можно ознакомиться*

*с популярностью этого напитка среди студентов Карагандинского Медицинского Университета.*

**Ключевые слова:** Энергетический напиток, здоровье, таурин, кофеин, углеводы, пищевые добавки, консерванты, ароматизаторы, сердечно-сосудистая система, нервная система

**Бауыржанқызы А., Агаркова И.А.**

«Қарағанды Медицина Университеті» КеАҚ, Қарағанды, Қазақстан

## **ҚАРАҒАНДЫ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ СТУДЕНТТЕРІ АРАСЫНДА ЭНЕРГЕТИКАЛЫҚ СУСЫНДАРДЫҢ ТАНЫМАЛДЫҒЫ**

### **Аңнотация**

*Қазіргі уақытта тек Қазақстанда ғана емес, бүкіл әлемде энергетикалық сусындар үлкен танымалдылыққа ие болуда. Оның басты себебі-жарқын орау және жарнамалар, олар ояту, сананы сергіту және өнімділікті арттыру туралы ақпаратты растайды. Әсіресе медицина университетінің көптеген студенттері, бір түнде оқу керек ақпараттың үлкен ағынына байланысты энергетикалық сусындарды пайдаланады. Аталған тақырып арқылы бұл сусынның Қарағанды медициналық университетінің студенттері арасында танымал болуымен танысу.*

**Кілт сөздер:** энергетикалық сусын, денсаулық, таурин, кофеин, көмірсулар, тағамдық қоспалар, консерванттар, хош иістер, жүрек-тамыр жүйесі, жүйке жүйесі

Бауыржанқызы.А., Agarkova I.A.

NJSC«Karaganda Medical University», Karaganda, Kazakhstan

## THE POPULARITY OF ENERGY DRINKS AMONG STUDENTS OF KARAGANDA MEDICAL UNIVERSITY

### *Annotation*

*Currently, energy drinks are gaining great popularity not only in Kazakhstan, but all over the world. Its main reason is the bright packaging and advertising, which claims information that they awaken, refresh consciousness and increase efficiency. Many medical university students especially use energy drinks due to the huge flow of information that needs to be mastered overnight. Through this topic you can read with the popularity of this drink among students of Karaganda Medical University.*

**Keywords:** *Energy drink, health, taurine, caffeine, carbohydrates, food additives, flavors, cardiovascular system, nervous system*

**Цель исследования:** Исследовать частоту и популярность использования энергетических напитков среди студентов Карагандинского Медицинского Университета.

**Материал и методы исследования:** Сравнительный метод, аналитический метод, описательный метод, статистический метод.

С целью выявления частоты употребляемости энергетических напитков провели опрос среди студентов Карагандинского Медицинского Университета. Опросник состоял из нескольких вопросов для выявления статистики данной темы. Участвовали 94 студента 1-4 курс. Из них 76 студентов употребляли, а остальные 18 не употребляли данный напиток. По частоте использования энергетических напитков среди студентов опросник показал следующие результаты: из участников опроса 17 часто, 21 иногда, 35 редко употребляют напиток, но выявилось еще одна категория студентов, которые пробовали, но на данный момент перестали пить энергетики.

**Результаты исследования:** Подводя итоги по статистическим данным из 94 студентов 80,9% употребляли, а остальные 19,1% не употребляли данный тонизирующий напиток. Процентное соотношение по регулярности употребления: 18,1% - часто, 22,3% - иногда, 37,2% - редко и оставшиеся 22,3% из категории студентов, которые употребляли, но со временем перестали. Данная статистика нас удивила так как, из всех студентов 86,2% знают о вреде и составе энергетических напитков.

В целом энергетический напиток состоит из сульфакислоты таурина, углеводов, кофеина, L-карнитина, которые оказывают временное психостимулирующее действие на организм человека, усиливая двигательную активность, повышая выносливость, память, реакцию и работоспособность, тем временем подавляя активность ЦНС снижает чувство усталости и сонливости, а пищевые добавки как консерванты, красители, ароматизаторы, стабилизаторы и другие прочие небезопасные вещества входят в состав напитка для того чтобы, увеличить срок годности и придать товарный вид [1]. Из-за этих временных эффектов появляется и вред для организма, которые заключаются в том, что энергия появляется не за счет энергетика, а за счет потребления организма своих личных запасов [2].

Вывод: Исходя из результатов, большинство студентов Карагандинского Медицинского Университета употребляют энергетические напитки, при этом зная вред такие как, бессоница, проблемы с сердечно-сосудистой и нервной системой, неустойчивость ресурсов организма [3]. По ответам на вопрос причины употребления энергетиков мы поделили на 2 категории: у одной категории развилась зависимость из-за частого употребления, а следующая категория просто предпочитает во время ночного выполнения домашнего задания пить энергетики, жертвуя своим здоровьем ради временного эффекта.

### **Список литературы:**

1. Нурин Пламбер , Малиха Маджид , Шон Зифф , Снеха Э. Томас , Шриниваса Рао Болла , Васави Ракеш Горантла Использование стимуляторов студентами-медиками для улучшения когнитивных функций // систематический обзор.-2021
2. Раня Алшумрани, Башайер Шалаби, Абдусамад Султан, Ламара Вазира, Сара Альмутири, Аззам Шаркар // Потребление энергетических напитков и их влияние на качество сна среди студентов-медиков.-2023
3. Кармело Протано, Федерика Валериана, Андреа Де Джиорджи, Даниела Маротта, Франческа Убалди, Христиан Наполи, Джиорджи Лигуори, Винченцо Романо Спика, Маттео Витали, Франческа Джалле // Модели потребления энергетических напитков студентами вузов: систематический обзор и мета-анализ.-2023

УДК 616.89-008

**Досқұл Д.Е., Рыспаева Г.К.**

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Қарағанды , Қазақстан

## ҚАЗІРГІ ҚОҒАМДАҒЫ ПСИХИКАЛЫҚ АУЫТҚУ(ШИЗОФРЕНИЯ) БЕЛЕҢ АЛУЫ

### **Аннотация**

*Психикалық аурулардың емделуінің қиындығымен және күнен күнге көптеп көбейіп бара жатқанының кесірінен кәзіргі қоғам үшін критикалық қауіп төндіруде. Көп жағдайда бала кезден психикалық травмалардың болу жиілігі және күйзеліспен сипатталады. Психикалық ауытқудың асқынуы шезофрания ауруын туғызатындығы дәлелденген. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) және Ұлттық психикалық денсаулық институты (NIMH) мәліметтері бойынша 10-25% балаларда сонымен қатар 20-45% ересек адамдарда жеңілдетілген бастапқы психикалық ауытқулар байқалады. Психикалық ауытқудың асқынған белгілерімен(шезофрания) көбнесе егде жастағы және психикасы асқынған яғни 2-6% адамдар шалдығады.*

**Кілт сөздер:** *дезинтоксикациялық терапия, психотерапия, организм, апатия, экстракорпоральды емдеу, жүрек-қантамыр жүйесі, Эфференттік әдістер, бета-блокадрлар.*

**Досқұл Д.Е., Рыспаева Г.К.**

НАО» медицинский университет Караганды", Караганда, Казахстан

## ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО(ШИЗОФРЕНИЯ) В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

### **Аннотация**

*Из-за сложности лечения психических заболеваний и растущего числа солнечных дней представляет собой критическую угрозу для современного общества. В большинстве случаев характерна частота психических травм в детском возрасте периодичность. Доказано, что осложнения психического расстройства вызывают болезнь шизофрени. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Национального института психического здоровья (NIMH), у 10-25% детей также наблюдаются облегченные первичные психические расстройства у 20-45% взрослых. Чаще всего с осложненными симптомами психического расстройства (шезофрения) страдают 2-6% людей пожилого возраста и с осложненной психикой.*

**Ключевые слова:** *дезинтоксикационная терапия, психотерапия, организм, апатия, экстракорпоральное лечение, сердечно-сосудистая система, эфферентные методы, бета-блокады.*

**Doskul D.E., Ryspaeva G.K.**

NJSC «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan

## **THE EMERGENCE OF A MENTAL DISORDER(SCHIZOPHRENIA) IN MODERN SOCIETY**

### **Annotatio**

*Due to the complexity of the treatment of mental illness and the growing number of sunny days, it poses a critical threat to modern society. In most cases, the frequency of mental injuries in childhood and the frequency of. It has been proven that complications of a mental disorder cause schizophrenia. According to the World Health Organization (WHO) and the National Institute of Mental Health (NIMH), 10-25% of children also have mild primary mental disorders in 20-45% of adults. Most often, 2-6% of elderly and mentally complicated people suffer from complicated symptoms of a mental disorder (schizophrenia).*

**Keywords:** *detoxification therapy, psychotherapy, body, apathy, extracorporeal treatment, cardiovascular system, efferent methods, beta blockades.*

**Зерттеу мақсаты:** Қазіргі қоғам арасындағы асқынған жоғары психикалық ауытқу (шизофрения) ауыруының өзектілігін анықтау.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Сараптамалық-сауалнамалық әдіс.

**Зерттеу барысы:** Зерттеу барысы бізде Қарағанды медицина студенттерінің арасындағы сауалнамаға негізделген. 20 ұл бала мен 35 қыз баланың жауап тарын ескеріп жоғарғы психикалық ауытқу (шизофрения) көп адамдарға таныс бірақ маңыздылыққа ие емес екені анықталды.

**Зерттеу нәтижесі:** Шизофрения токсикоздың, сонымен қатар жыныс бездерінің функцияларының бұзылысы нәтижесінде, белок алмасу бұзылысының нәтижесінде және ағзада азотты өнімдердің жиналуына байланысты дамиды. Тұқым қуалайтын фактор болып саналады. Осы жасалған тәжірибеден соң біз өзектілігі төмен бірақ қазіргі қоғамға төндіретін қауіпі өте жоғары екенін топшыладық. Шизофрения жоғарғы ойлау дәресіндегі ақаулардан бастап механикалық қозғалысқа да орасан зор кесірін тигізетін көрдік. Сондықтан кәзіргі қоғамда жоғарғы психикалық ауытқуды жоғарғы дәрежегі қою керек.

**Қорытынды:** Топшылай келе Шизофрения бұл-көп этапты емдеу шараларын қолдануды қажет ететін күрделі және көпжақты процесс. Бұл психикалық аурудың нақты емдеу шаралары немесе 100 пайыз сауығып кету мүмкіндігі болмаса да, қазіргі емдеу шизофрениямен ауыратын

адамдардың өмір сүру сапасын едәуір жақсартады. Ерте анықтау, тұрақты медициналық бақылау және жақын адамдарыңыздың қолдауы симптомдарды басқаруда және психикалық жағдайдың тұрақтылығын сақтауда маңызды рөл атқарады. Әр адамда емделуіне жеке адамдардың пікірі қажет болады және қалпына келтіру процесінде басқалардың қолдауы мен түсінігі шешуші рөл атқаратынын есте ұстаған жөн.

Сонымен қазіргі таңда шизофрения көптеп таралуда яғни айтқанда жиілігі артып келеді. Сол себепті ОЖЖ көп күштеме түсірмей диперсия, апатия секілді жағдайларға ләжі барынша тап болмаған жөн.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Goldberg L., Elliot D.L. The effect of physical activity on lipid and lipoprotein levels // Me-dical Clinics of North America. 2020. Vol. 69. P. 41–55.
2. Peters H.P., De Vries W.R., Vanberge-Henegouwen G.P., Akkermans L.M. Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract // Gut. 2018. Vol. 48. № 3. P. 435–439.
3. Hendrie H.C., Albert M.S., Butters M.A. et al. The NIH Cognitive and Emotional Health Project. Report of the Critical Evaluation Study Committee // Alzheimers Dement. 2006 Jan. Vol. 2(1). P. 12–32.
4. Fagard R.H. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training // Med. Sci. Sports Exerc. 2001. Vol. 33 [Suppl]. P. 484–492.
5. Praet S.F., van Rooij E.S., Wijtvliet A. et al. Brisk walking compared with an individualised medical fitness programme for patients with type 2 diabetes: a randomised controlled trial // Diabetologia. 2008. Vol. 51. № 5. P. 736–746.
6. Thompson D., Buchner D., Pina I.L. et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity) // Circulation. 2003. Vol. 107. № 24. P. 3109–3116.

УДК 616.24-008.4

**Елшібек С. Б., Төрбек Ә. Қ., Тұрсынбек Э. Н., Нұралы Б. М.**

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



**ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ МЕКЕМЕЛЕРГЕ  
БЕЙІМДЕУ КЕЗЕҢІНДЕ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ  
ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ**

**Аннотация**

*Бұл мақалада мектепке дейінгі білім беру мекемелеріне баратын ерте жастағы балалардың бейімделу кезеңінде респираторлы аурулардың алдын алудың заманауи тәсілдері сипатталған.*

**Кілт сөздер:** жас балалар, бейімделу, тыныс алу аурулары, адамның рекомбинантты альфа-2b интерфероны.

**Елшибек С. Б.,Торбек Ә.Қ.,Турсынбек Э. Н., Нуралы Б. М.**

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

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В  
ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**Аннотация**

*В данной статье описаны современные подходы к профилактике респираторных заболеваний в период адаптации детей раннего возраста, посещающих дошкольные образовательные учреждения.*

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, адаптация, респираторная заболеваемость, интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный.

**Elshibek S. B., Torebek A.K., Tursynbek E. N., Nuraly B. M.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**MODERN METHODS FOR PREVENTION OF RESPIRATORY DISEASES DURING  
THE PERIOD OF ADAPTATION OF EARLY CHILDREN IN PRESCHOOL INSTITUTIONS**

**Annotation**

*This article describes modern approaches to the prevention of respiratory diseases during the adaptation period of young children attending preschool educational institutions*

**Keywords:** young children, adaptation, respiratory morbidity, human recombinant interferon alpha-2b.

**Кіріспе.** Балалардың мектепке дейінгі білім беру мекемелеріне баруы әрқашан аурушандықтың өсуімен бірге жүреді. Мектепке дейінгі білім беру мекемелеріне бейімделу кезеңінде қайталанатын респираторлық инфекциялар көптеген себептерге байланысты. Ерте жастағы балаларда көптеген респираторлық вирустарға, жаңа өмір сүру жағдайларына бейімделу кезіндегі стресске, вирустық агрессияға адекватты жауап беру мүмкіндігінің әлсіреуіне және ЖРВИ түріндегі аурудың клиникалық көрінісінің дамуына әкелетін көптеген респираторлық вирустарға қарсы жүре пайда болатын иммунитеттің төмендігімен байланысты. Мектепке дейінгі білім беру ұйымдарына бару тыныс алу патологиясының маусымдық өсуімен сәйкес келеді. Дамудың 3-4-ші критикалық кезеңіне сәйкес келетін 2-3 жастағы балаларда иммунитеттің даму ерекшеліктері осы жастағы балалардың вирустық және микробтық инфекцияларға сезімталдығын түсіндіреді [2]. Мектепке дейінгі білім беру ұйымдарында жыл сайын жас балалардың саны артып келеді, олардың бейімделу кезеңінде аурушандығы негізінен жоғарғы тыныс алу жолдарының эпителийіне тропикалық болып келетін көптеген респираторлық вирустардан туындайды. Жедел респираторлы вирусты инфекциялардың (ЖРВИ) фонында бактериялық асқынулар пневмония, отит, синусит түрінде дамуы мүмкін, олардың қайталанатын эпизодтары баланың иммундық жүйесінің қалыптасуына кері әсер етіп, екіншілік иммунодепрессияның дамуына ықпал етеді [1]. Дамып келе жатқан лимфоэпителиальды жұтқыншақ сақинасының фонында жас балаларда жоғарғы тыныс жолдарының қайталанатын инфекциялары жиі тыныс алу жолдарының созылмалы қабыну ауруларының дамуының негізі болып табылады [2].

Қазіргі уақытта балалардағы интерферон жүйесінің жасқа байланысты ерекшеліктері жақсы зерттелген, бұл вирусқа қарсы қорғаныстың төмендігін көрсетеді. Бір айдан 3 жасқа дейінгі балаларда интерферон өндіру қабілеті ересектермен салыстырғанда 9 есеге, 1 жастан 3 жасқа дейінгі балаларда 6 есеге төмен болатыны анықталған. Кейбір балаларда ИФН жүйесінің жетілмеуі 7 жастан 18 жасқа дейін де сақталады [2]. ЖРВИ ағымының сипаты мен жиілігінде маңызды рөлді жергілікті иммунитеттің күйі атқарады, оның тұрақтылығы жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабығына антигендік жүктеменің төмендеуіне байланысты. Жергілікті иммунитеттің маңызды құрамдас бөлігі секреторлық иммуноглобулин А (sIgA) болып табылады, оның концентрациясы ерте және мектеп жасына дейінгі балаларда сілекей мен мұрын секрецияларында ересектерге қарағанда 4-5 есе төмен және максималды мәндерге тек 10-11 жаста жетеді. sIgA деңгейінің төмендігі – респираторлық аурулардың, созылмалы тонзиллиттің, қайталанатын отиттің, синуситтің, созылмалы аденоидиттің дамуының себептерінің бірі [1]. Жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты көбінесе экзогендік

антигенге тосқауыл болатын жұқа эпителиймен жабылған. Мұрынның шырышты қабаттарында эпителий жасушалары (жалпақ, цилиндрлік эпителий) және қаннан қоныс аударған жасушалар (лейкоциттер, Т және В лимфоциттері, эозинофилдер) қорғаныс қызметін атқарады. Бүкіл әлемде балалардағы ЖРВИ алдын алу және емдеу мәселесі өзекті сұрақтар қатарында тұр. Вирустардың жоғары жұқпалылығы, зақымдану жылдамдығы мен массивтілігіне, вирустардың антигендік қасиеттерінің өзгергіштігіне, препараттарға тез дамтын төзімділігіне байланысты ЖРВИ-нің нақты профилактикасын жасау мүмкін емес.

Тұмауға қатысты нақты профилактика жүргізілуде, бірақ бірқатар қиындықтар бар. Вакцинаның антигендік қасиеттері мен эпидемияны тудырған тұмау вирусының штаммы сәйкес келген кезде егде жастағы адамдарда және иммундық реакциясы бұзылған адамдарда тұмауға қарсы вакцинацияның тиімділігі 60% - дан аспайды. Иммундау алдын ала жасалса тиімді, өйткені антиденелердің қорғаныш титрі 3-ші аптаның соңында қалыптаса бастайды және 3 айға дейін сақталады [1]. Тұмау эпидемиясының дамымауы үшін ұйымдасқан ұжымның кемінде 70% - алдын-ала егу қажет, оған қол жеткізу қиын. Сондықтан қазіргі уақытта спецификалық емес ЖРВИ алдын алу және иммуномодуляциялық терапия құралдары кеңінен талқылануда. Бұл терапия әсіресе жедел респираторлық инфекцияларға бейім ерте және мектеп жасына дейінгі балаларға, қауіп тобындағы балаларға, соның ішінде жиі ауыратын балаларға қатысты. Профилактикалық мақсатта жергілікті қорғауды белсендіру ағзаға енген агентпен күресті белсендіретін құралдарды қолданудан гөрі орынды [1,2].

Соңғы жылдардағы зерттеулер осы мақсатта интерферон препараттарын қолданудың тиімділігін көрсетті, олардың ішінде балалар тәжірибесінде айқын вирусқа қарсы және иммуномодуляциялық әсері бар адам рекомбинантты интерферон альфа-2b кеңінен қолданылады. Адамның рекомбинантты альфа-2b интерферонының вирусқа қарсы әсері оны мұрын-жұтқыншақтың шырышты қабығына қолданғаннан кейін бір сағаттан кейін жүзеге асырылады. Инфекцияның дамуының бастапқы кезеңдерінде интерферон жоғары дозаларын енгізу инфекциялық агенттің элиминациясын комплементпен және sIgA-мен бірге тікелей әсер еткенге дейін деқамтамассыз етеді. Бүгінгі таңда педиатриялық тәжірибеде адамның рекомбинантты интерферон альфа-2b препаратын созылмалы гепатит, афтозды және инфекциялық стоматит, созылмалы тонзиллит, ЖРВИ, тұмау, ойық жара ауруы, жоғарғы және төменгі тыныс жолдарының инфекциялары, құрсақішілік инфекциялар, онкогематологиялық аурулар, вирустық энцефалит, менингит, инфекция сияқты жұқпалы ауруларда қолдану тәжірибесі өте көп.

**Зерттеудің мақсаты.** Мектепке дейінгі білім беру мекемелеріне бейімделу кезеңінде ерте жастағы балалардың респираторлық инфекциялармен сырқаттануын төмендету.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Шымкент қаласындағы мектепке дейінгі білім беру мекемесіне баратын 50 бала 12 ай бойы (2022 жылдың 1 қазанынан 2023 жылдың 31 қазанына дейін) бақыланды. Ерте жастағы балаларда тыныс алу органдарының ауруларының алдын алу үшін жақпа түріндегі адамның рекомбинантты интерферон-2b препараты қолданылды.

Зерттеуге қосу критерийлері: зерттеуге препаратқа қарсы көрсетілімдері жоқ және ата-аналардың келісімімен 2 жастан 3 жасқа дейінгі балалар алынды.

Барлық балалар екі топқа бөлінді – негізгі және бақылау. Негізгі топ 25 баладан тұрды, олар эпидемияға дейінгі кезеңде препаратты режим бойынша жақпа түрінде қабылдаған: күніне 2 рет 0,5 г. 2 ай. Бақылау тобына препаратты қабылдамаған 25 бала кірді.

Адамның рекомбинантты альфа-2b интерферонын жақпа түріндегі профилактикалық қолданудың тиімділігі жергілікті иммунитеттің күйімен және жыл ішінде ЖРВИ жиілігімен бағаланды. Зерттеу екі кезеңде жүргізілді.

Бірінші кезеңде ата-аналармен әңгімелесу, анамнездік мәліметтерді жинау, амбулаторлық жазбалармен жұмыс, ЛОР дәрігерінің кеңесі.

Екінші кезеңде - жақпа түрінде адам альфа-2b интерферонын қолдану.

**Нәтижелер мен талқылау.** Отбасылардың әлеуметтік жағдайын талдауда әрбір 2-ші әйел (48%) ресми некеде, 36% азаматтық некеде және 16% аналар жалғыз тұратыны анықталды. Негізгі және бақылау топтарындағы ата-аналардың орташа жасы аналар үшін 32-34 жас, әкелердікі 33-36 жасты құрады. Әрбір 3-ші ананың (34%) және әрбір 4-ші әкенің (26%) жоғары білімі, әрбір 4-ші әкенің (24%) және әрбір 10-шы ананың (11%) орта арнаулы білімі бар. Акушерлік-гинекологиялық анамнез бойынша 50 баланың барлығы (100%) жүктіліктің патологиялық өзгерістермен өтуінен туылған. Ең жиі тіркелетіндер: созылмалы ұрықтың гипоксиясы (80%) және жүктіліктің 1-2- жартысының гестозы (68%), түсік тастау қаупі әрбір 2-ші әйелде (48%), жүкті анемия - әрбір 3-де (32%), 16% -ында судың көп немесе аз болуы анықталған.. Әрбір үшінші ана дерлік (36%) созылмалы инфекциялардың (қарапайым герпес вирусы, цитомегаловирус, хламидиоз, уреоплазма, микоплазма) тасымалдаушысы болды.

Жүктілік кезінде бірде-бір әйел ішімдік ішпеген және темекі шекпеген. Алайда, босанғаннан кейін бірден әрбір 10-шы ана және әрбір 4-ші әке қайтадан темекі шегуді бастаған, бұл пассивті темекі шегудің тыныс алу жолдарының шырышты қабығына тітіркендіргіш және деструктивті әсерінен респираторлық аурулардың дамуына бейімді фактор болды. Шырышты қабықтың тосқауылдық функциясының бұзылуы вирустардың енуін жеңілдетеді, тыныс алу

жолдарының ауруларының даму ықтималдығын арттырады [15]. Балалардың анамнез мәліметтерін зерттегенде балалардың 88%-ы 3 айға дейін, 70%-ы 6 айға дейін, әрбір 2-ші бала 9 айға дейін, әрбір 3-ші бала 2 жасқа дейін ана сүтімен тамақтандырылған.

Бір жасқа дейінгі балалардағы жұқпалы аурулардың ішінде ЖРВИ жиі тіркелді: 1-2 рет – 48% негізгі және 44% бақылау, 3-4 рет – 16% негізгі және 32% бақылау топтарында тіркелді.

Бір жасқа дейінгі пневмония негізгі топтағы балаларда да, бақылау тобындағы балаларда да бірдей жиілікпен тіркелді (24%). ЖРВИ-дің отит түріндегі асқынулары негізгі топтағы әрбір 5-ші (20%) және бақылау тобындағы әрбір 4-ші (24%) балада анықталды. Екі топтағы балалардың физикалық және жүйке-психикалық дамуы бірдей болды. Осылайша, әрбір 2-ші (52%) баланың физикалық дамуы орташа үйлесімді болды, 15 (30%) балада дене салмағының жетіспеушілігінен дисгармониялық даму анықталды, 9 (18%) баланың физикалық дамуы ортадан төмен және төмен екендігі анықталды. Балалардың басым көпшілігінің (84%) жүйке-психикалық дамуы олардың жасына сәйкес келмеді, оның ішінде 36-да (72%) сөздің бұрмалануы, кейбір дыбыстардың болмауы, әріптердің ауысуы түрінде сөйлеу қабілеті бұзылған. 2–3 жас балада шамамен 2000–3000 сөз болуы керек, сөйлеу түсінікті, барлық әріптер анық болуы керек [20]. 6 (12%) балада ас құралдарын өз бетінше қолдану және өз киімдерін кию дағдылары жетілмеген.

Іш қату түріндегі функционалдық ішек бұзылыстары негізгі топтың әрбір 2-ші (48%) бақылау тобының әрбір 3-ші (32%) баласында анықталды. Зерттеу тобындағы бір балада және бақылау тобындағы бір балада тұрақты диарея болды. Теріде қызару, пиллинг, қышу түріндегі аллергиялық көріністері бар балалардың үлкен пайызы негізгі топтағы балалардың арасында 48% және бақылау тобында 60% болғанын атап өтуге болады. Атопиялық дерматит негізгі топтағы балалардың 36% және бақылау тобының 28%, бақылау тобындағы бір балада бронх демікпесі анықталды. Бақылау тобындағы балалар арасында 2 (8%) балада астигматизм, 2 (8%) балада страбизм, біреуде (4%) ісік және біреуде (4%) халазион байқалды. Негізгі топтағы 2 (8%) балада және бақылау тобындағы 3 балада (12%) зейін тапшылығы гиперактивтілігінің бұзылуы анықталды. Отоларингологтың алғашқы тексеруі кезінде барлық балаларда ЖРВИ реконвелеция белгілері байқалды. Орташа және ауыр жұтқыншақ гиперемиясы негізгі (32 және 12%) және бақылау (40 және 12%) топтағы балаларда бірдей дерлік жиілікте, доғалардың гиперемиясы - негізгі және 7 (28) балада бақылау тобының 9 (36%) баласында анықталды. Негізгі топтағы әрбір 3-ші (32%) баланың және бақылау тобындағы әрбір 5-ші (20%) баланың бадамша безінде жабындылар байқалды.

Тілдегі жағынды негізгі топтағы балалар арасында екі есе жиі анықталды (тиісінше 32 және 16%). I дәрежелі бадамша бездерінің ұлғаюы негізгі топтағы балалардың 24% және бақылау тобындағы 40%, II дәрежелі – зерттеу тобының 16% және бақылау тобының 32% баласында байқалды. Негізгі және әрбір 5-ші (20%) бақылау тобындағы әрбір 4-ші (28%) балада жұтқыншақтың артқы қабырғасының бойымен шырышты бөлінділер болды. Мұрын шырышты қабатының аздап гиперемиясы негізгі және 11 (44%) бақылау топтарының 8 (32%) балаларында байқалды, орташа дәреже екі топтағы балалардың бірдей санында (44%), а ауыр дәрежесі – тиісінше 6 (24%) және 3 (12%). Мұрыннан шырышты бөліністер негізгі (44%) және бақылау тобында (40%) балалардың жартысына жуығында байқалды, іріңді мұрын бөліністері негізгі (44%) және бақылауда әрбір 5-ші (20%) балада және әрбір 6-шы (16%) балада тіркелді. топ. Адамның рекомбинантты альфа-2b интерферонын жақпа түрінде интраназальды қолдануды аяқтағаннан кейін, негізгі топтағы балаларда мұрын-жұтқыншақтағы патологиялық белгілердің төмендеуі және жойылуы байқалды, бұл бақылау тобындағы балалармен салыстырғанда статистикалық маңызды болды. Мектепке дейінгі білім беру мекемесіне қабылданғанға дейінгі бір жыл ішінде және альфа-2b интерферонын интраназальды қолданудан кейінгі бір жыл ішінде тыныс алу ауруларының салыстырмалы талдауы негізгі топтағы балаларда ЖРВИ, пневмония және отитпен сырқаттанушылықтың төмендеуін көрсетті: ЖРВИ (2,5 еседен астам), отит 6 есе. Алдын алу шараларынан кейін пневмония тіркелмеді. Негізгі топтағы балалардағы ЖРВИ ағымы интоксикацияның болмауы немесе шамалы болуымен, дене температурасының субфебрильді деңгейге дейін қысқа мерзімді жоғарылауымен сипатталды. Балалар 2-4 күн бойы орташа әлсіздікке шағымданды, ұйқысы мен тәбеті бұзылмаған. Жоғарғы тыныс жолдары жағынан жұтқыншақтың гиперемиясы және мұрыннан шырышты бөліну түрінде жеңіл катаральды симптомдар анықталды, ол 4-6 күн бойы сақталады. Бақылау тобындағы балаларда негізгі топпен салыстырғанда ЖРВИ фонында интоксикация белгілерінің ауырлығы байқалды, дене қызуы 39 С-қа жетті. Мазасыздық пен тәбетінің төмендеуі 7 күнге дейін сақталды. Жоғарғы тыныс жолдары жағынан жұтқыншақтың гиперемиясы, жұтқыншақтың артқы қабырғасының борпылдақтығы, мұрыннан шырышты-іріңді бөліністер түріндегі айқын катаральды симптомдар 8-10 күн бойы сақталды. Бақылау тобындағы 5 бала (20%) жоғарғы тыныс жолдарының бітелуіне және стенозды ларинготрахеитке байланысты ауруханаға жатқызылды.

Жіті респираторлық вирустық инфекцияның орташа ұзақтығы да айтарлықтай ерекшеленді – негізгі топтағы балаларда 7-8 күн, бақылау тобында – 14-15 күнге созылды.

**Қорытынды.** Осылайша, адамның рекомбинантты альфа-2b интерферонын интраназальды түрде профилактикалық мақсатта қолдану жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабығының жергілікті иммунитетін арттырады, бұл бала ағзасының респираторлық инфекцияларға төзімділігін жақсартады, жіті респираторлық вирустық инфекциялардың жиілігін төмендетеді және жеңілдетеді.

#### **Қолданылған әдебиеттер**

1. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Бурцева Е.И., Свинцицкая В.И., Казакова С.А., Леписева И.В., Короид Н.В., Феодоритова Е.Л. Современные возможности иммунопрофилактики вирусных и бактериальных респираторных инфекций у детей. Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2019; 2 (1).

2. Хорошилова Н.В. Пробиотики и бактериальные иммуномодуляторы для профилактики респираторных инфекций. Вопросы современной педиатрии. 2020; 13 (4).

УДК 616.36-008.811.6

**Ермекова А.А., Нурманов К.Ж., Джаркенов Т.А.**

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Актобе, Казахстан

## **ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ (ЭРПХГ) В ВЫБОРЕ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

### **Аннотация**

*Роль ЭРПХГ в выявлении и лечении заболеваний желчного пузыря и желчных протоков высок и эндоскопическая папиллосфинктротомия (ЭПСТ) является одним из способов предотвращения осложнений или их устранения. Лечение, проводимое в зависимости от типа патологии и при правильном операционном ходе можно снизить частоту осложнений при ЭРПХГ и ЭПСТ.*

**Ключевые слова:** *панкреатохолангиография, желчевыводящие пути, папиллосфинктротомия, лечение, желчный пузырь.*

**Ермекова А.А., Нурманов К.Ж., Джаркенов Т.А.**

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ, Ақтөбе  
қаласы, Қазақстан

## ӨТ ЖОЛДАРЫ АУРУЛАРЫН ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ТӘСІЛІН ТАҢДАУДАҒЫ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ РЕТРОГРАДТЫ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯНЫҢ (ЭРПХГ) МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

### *Аннотация*

*Өт қабы мен өт жолдарының ауруларын анықтаудағы және емдеудегі ЭРПХГ рөлі жоғары және эндоскопиялық папиллосфинктеротомия (EPST) асқынулардың алдын алудың немесе жоюдың бір жолы болып табылады. Патологияның түріне байланысты және дұрыс операция кезінде жүргізілетін емдеу ЭРПХГ және EPST асқыну жиілігін төмендетуі мүмкін.*

**Кілт сөздер:** панкреатохолангиография, өт жолдары, папиллосфинктеротомия, емдеу, өт қабы.

**Ermekova A.A., Nurmanov K.J., Dzharkenov T.A.**

NJSC «West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov», Aktobe, Republic of  
Kazakhstan

## THE SIGNIFICANCE OF ENDOSCOPIC RETROGRADE PANCREATOCHOLANGIOGRAPHY (ERPHG) IN CHOOSING THE METHOD OF RESEARCH AND TREATMENT OF DISEASES OF THE BILIARY TRACT

### *Annotation*

*The role of ERCP in the detection and treatment of diseases of the gallbladder and bile ducts is high and endoscopic papillosphincterotomy (EPST) is one of the ways to prevent complications or eliminate them. Treatment carried out depending on the type of pathology and with the correct surgical course, it is possible to reduce the frequency of complications in ERPHG and EPST.*

**Keywords:** pancreatic cholangiography, biliary tract, papillosphincterotomy, treatment, gallbladder.

**Актуальность.** Роль ЭРПХГ в выявлении и лечении заболеваний желчного пузыря и желчных протоков и их осложнений растёт с каждым днем. Папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), выполняемая в зависимости от типа патологии, является одним из способов предотвращения осложнений или их устранения, сопровождающихся некоторыми нарушениями канализации



желчных протоков. Из-за правильной постановки ЭРПХГ частота холангиографии, выполняемой над операцией, снижается.

Осложнения желчнокаменной болезни, такие как механическая желтуха, острый холангит, желчный панкреатит, сужение сосков фатерова и др. не уменьшаются. В свою очередь, ЭРПХГ и ЭПСТ, как и другие инвазивные подходы, с большей вероятностью вызывают осложнения.

Наиболее частые осложнения: острый панкреатит 4-10%, кровотечение из сосков 11%, острый холангит 2-3%, ретродуоденальная перфорация около 0,2-0,3%. Поэтому повышение результативности указанных вмешательств и предотвращение осложнений является одной из важнейших проблем в хирургии желчного протока.

**Методы и материалы исследования.** В Актюбинской областной многопрофильной больнице в период с 2021 по 2022гг 94 больным, осложненным различной механической желтухой, была проведена ЭРПХГ с ЭПСТ.

**Результаты.** Причины желтухи: холедохолитиаз- 59(62,7%), сужение нижней части холедоха- 20(21,2%), опухоль соска 12 – перстной кишки- 3(3,2%), опухоль Клацкина- 3(3,2%), острый главный панкреатит- 9(9,57%). Лечение, проводимое в зависимости от типа патологии: при холедохолитиазе - ЭПСТ и литотракция; при сужении терминальной части холедоха и эндопротезировании ЭПСТ и холедоха при раке Клацкина и опухоли соска 12-перстной кишки; лечение основного опухолевого панкреатита-консервативное. Осложнения после операции ЭРПХГ и ЭПСТ у 21% пациентов: острый панкреатит у 17(18%) больных; кровотечение из области папилломического разреза у 2(2,12%) больных; осложнение у 1(1%) больного флегмоной брюшной перегородки вследствие микроперфорации задней стенки 12-перстной кишки. Снова перенесли на открытую операцию, сделали гастроэнтероанастоз, изоляцию 12-перстной кишки по Шалимову и канализацию пространства за брюшиной. Операция была положительной.

**Заключение.** ЭРПХГ является очень информативным методом определения причины механической желтухи. Так же ЭПСТ играет важную роль в устранении причины механической желтухи. В совокупности ЭРПХГ и ЭПСТ также отличаются характерными осложнениями (панкреатит, кровотечение, перфорация). Но при правильном и осторожном операционном ходе можно снизить частоту осложнений при ЭРПХГ и ЭПСТ.

### **Использованная литература**

1. Малярчук В.И., Федоров А.Г., Давыдова СВ. и др. Факторы, влияющие на результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Эндоскоп хир 2005; 2: 30-39.
2. Chung-Yau L. et al. Endoscopic sphincterotomy: 7 year experience World J Surg 1997; 21 (1): 67-71.

УДК 616.43

**Есімбекова Д. О., Ерген Б. Н., Ниязметова Л.Х.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

## **ҚАНТ ДИАБЕТІ 2-ТИПТЕГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНІҢ БҰЗЫЛЫСЫ**

### **Аннотация**

*2 типті қант диабеті бар науқастарда тамақтану бұзылыстары анықталғандарда, науқастың өмір салтын түзету, тамақтануды ұтымды етуді қолдану, науқастың ішкі сезіміне көңіл бөлу, дұрыс емес әдеттерді шектеу керек.*

**Кілт сөздер:** *Қант диабеті 2-тип, тамақтану тәртібі, диетотерапия.*

**Есімбекова Д.О., Ерген Б.Н., Ниязметова Л.Х.**

АО «Южно Казахстанская медицинская Академия», Шымкент, Казахстан

## **БОЛЬНЫЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

### **Аннотация**

*У пациентов с сахарным диабетом 2 типа необходимо корректировать образ жизни больного, использовать рациональное питание, обращать внимание на внутренние ощущения больного, ограничивать вредные привычки.*

**Ключевые слова:** *сахарный диабет 2 типа, питание, диетотерапия.*

**Yesimbekova D.O., Ergen B.N., Niyazmetova L.Kh.**

JSC, «South Kazakhstan Medical Academy «Shymkent, Kazakhstan

## TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH EATING DISORDERS

### *Annotation*

*In patients with type 2 diabetes mellitus, it is necessary to adjust the patient's lifestyle, use a rational diet, pay attention to the patient's inner feelings, and limit bad habits.*

**Key words:** type 2 diabetes mellitus, nutrition, diet therapy.

**Өзектілігі.** Қант диабетін емдеуде асқынулардың қаупі мен дәрежесіне әсер ететін фактор ретінде глюкозаның мақсатты деңгейін сақтау маңызды рөл атқарады. Бұл факторға негізгі әсер тағамды қабылдау тәртібі болып табылады. Сондықтан диабетпен ауыратын науқас үшін белгіленген диетаны сақтау өте маңызды. Дегенмен, бір жағынан, науқастардың барлығы дерлік осы ережені сақтамайды. Диетотерапия және тамақтану тәртібін сақтамау - осы мәселеге сараланған көзқарасқа байланысты тамақтану бұзылыстарының белгілі бір түріне жатады.

**Мақсаты:** Қант диабеті 2-тип науқастардың тамақтану тәртібінің бұзылысын анықтау

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Зерттеуге 35 пен 63 жас аралығындағы 2 типті қант диабетімен ауыратын 21 науқас болды, оның 14-і әйелдер, 7-еуі ер адамдар.

Қант диабетінің ұзақтығы 3 жылдан 10 жылға дейін. Барлық субъектілердің ДСИ көрсеткіші қалыпты деңгейден асып кетті норма (18,5 - 24,9 кг/м<sup>2</sup>). Зерттеуге қатысқан науқастардың 89%-ы мақсатты гликемиялық деңгейге жетпеді. Барлық емделушілер глюкозаны төмендететін пероральды препараттармен бірге біріктірілген диеталық терапияны алды. Тамақтану тәртібінің түрлерін зерттеу үшін голландиялық тамақтану тәртібі сауалнамасын (DEBQ) пайдаланылды. DEBQ 33 мәлімдемеден тұрады, олардың әрқайсысын респондент «Ешқашан» (1 ұпай), «Сирек» (2 ұпай), «Кейде» (3 ұпай), «Жиі» (4 ұпай) және «Өте жиі» (5 ұпай). 31-ші сұрақ талданады қарама-қарсы мағынада.

Шкаланың сандық мәні осы шкаладағы нүктелердің орташа арифметикалық мәніне тең. Басқаша айтқанда, ұпайларды қосу керек әрбір шкала және шкаладағы сұрақтар санына бөліңіз. 1-10 сұрақ нөмірлері шектеуші түріне сәйкес келеді, норма 2,4; он бір 23 – эмоционалды, норма – 1,8; 24-33 – сыртқы, норма – 2,7.

**Нәтижелер:** респонденттердің арасында тамақтану тәртібінің шектеуші түрі басым – 55%, оның ішінде 18% әйелдер, 37% ерлер. Екінші орында эмоционалды түрі – 28%, оның 21% әйелдер, 7% ерлер. Ең аз жиі сыртқы түрі кездеседі - 17%, әйелдер 11%, ерлер -6%

Респонденттердің жиі аралас түрлері болды. Сыртқы түрі тамақтану бұзылыстары тәуелсіз (17%) болды, басым көпшілігінде бұзылулардың басқа түрлерінің құрамдас бөлігі ретінде респонденттер (61%).

**Қорытынды:** 2 типті қант диабеті бар науқастарда тамақтану бұзылыстары анықталғандарда, науқастың өмір салтын түзету және тамақтануды ұтымды етуді қолдану керек. Эмоционалды шамадан тыс тамақтану жағдайында науқастың ішкі сезіміне көңіл бөлуіміз керек. Егер сыртқы тамақтану тәртібі жағдайында- когнитивті мінез-құлық терапиясын қажет ететін дұрыс емес әдеттерді шектеу қажет. Шектеуші тамақтану тәртібі тағамдық араласуды қажет етеді. Тамақтану тәртібін коррекциялау эндокринолог, диетолог және психолог бірлесіп жүзеге асырады.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Волынкина А.П., Горшков И.П., Мананникова В.И. Болезни цивилизации: особенности современного типа человека // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2015. № 60. С. 11-20.
2. Евстифеева С.Е., Шальнова С.А., Деев А.Д., Черных Т.М. и др. Риск сахарного диабета и его ассоциации с социально-демографическими и поведенческими факторами риска в Российской популяции: данные исследования ЭССЕ-РФ // Рос. кар-диол. журнал. 2017. № 9. С. 13-20.

УДК 616.43

**Есімбекова Д.О., Ниязметова Л.Х., Ерген Б.Н.,**

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

**ЛИПИД АЛМАСУ БҰЗЫЛЫСЫ БАР ЖӘНЕ КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯСЫ  
ЗАҚЫМДАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ СЕМІЗДІКПЕН БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ**

**Аннотация**

*Бұл мақалада липид алмасу бұзылысы, семіздік, қант диабеті 2 типімен ауыратын науқастардың коронарлық артерияның зақымдануына байланысы келтірілген.*

**Кілт сөздер:** *семіздік, статиндер, коронарлық қантамырлар, липид алмасуының бұзылысы.*

**Есимбекова Д.О., Ниязметова Л.Х., Ерген Б.Н.,**

АО Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г. Шымкент, Казахстан

## ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИ

### *Аннотация*

*В данной статье представлены результаты о связи пациентов с нарушением липидного обмена, ожирением, диабетом 2 типа с повреждением коронарной артерии.*

**Ключевые слова:** *ожирение, статины, коронарные сосуды, нарушения липидного обмена.*

**Yessimbekova D., Niazmetova L. Ergen B.**

NJSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent city, Kazakhstan

## ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND LIPID METABOLISM DISORDERS WITH CORONARY ARTERY DAMAGE

### *Annotation*

*This article describes the relationship of patients with impaired lipid metabolism, obesity, type 2 diabetes with damage to the coronary artery.*

**Keywords:** *obesity, statins, coronary vessels, lipid metabolism disorders.*

**Кіріспе.** Жүрек қантамыр жүйесі ауруларының қауіп факторлары коронарлық тамырлардың зақымдануына айтарлықтай үлес қосады. Фрамингем зерттеу нәтижесіне сүйенсек орташа семіздіктің өзі жүрек-қан тамырлары ауруларының даму қарқынын едәуір жоғарлатады. Семіздік қабыну факторларының белсенділігін арттырады, бұл липидтер алмасуының бұзылуымен бірге атеросклероздың дамуына ықпал етеді.

**Мақсаты:** Коронарлық артерия ауруы мен семіздік және липид алмасу бұзылыстары арасындағы байланысты зерттеу.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Зерттеуге 115 науқас қатысты: оның 42-сі жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) диагнозы қойылған қосымша аурулары жоқ науқастар, 35-і ЖИА және семіздігі бар науқастар, 38-і ЖИА диагнозы, семіздік және 2 типті қант диабеті бар науқастар. Барлық науқастарға амбулаторлық деңгейде бета-блокаторларды, антиагреганттарды, ААФ ингибиторларын, статиндерді ішу ұсынылды. Зерттеу барысында липид алмасу бұзылысы бар науқастар тобы бөлініп алынды, бұл науқастар статинді уақылы қабылдамағандар және ТТЛП қалыпты деңгейге жетпеген науқастар. Миокард инфарктісін басынан өткергендер, стент қойылғандар бұл зерттеуге енгізілмеді. Науқастардың орташа жастары  $60,8 \pm 3,4$  жасты құрады. Науқастардан анамнез жиналды, клиникалық тексеру

жүргізілді, дене салмағының индексі анықталды, биохимиялық көрсеткіштер анықталды (холестерин, триглицеридтер, ТТЛП, ЖТЛП, атерогенділік индексі, қандағы глюкоза деңгейі), электрокардиография, велоэргометрия, коронароангиография (КАГ) жасалды. КАГ рентгеноперационды жағдайда жүргізілді және гемадинамикалық мәнге ие стеноздар дамыған қантамырлардың саны анықталды. Алынған деректер дербес компьютерде IntelCeleron базасында өңделді.

**Нәтижелері:** Тек ЖИА диагнозы қойылған науқастарда бір қантамырлы зақымдану басым болды: 1 артерияның зақымдануы - 52% науқаста, 2 артерияның зақымдануы - 28% науқаста, 3 немесе одан да көп артериялардың зақымдануы - 20% науқаста кездесті. ЖИА және семіздікпен ауыратын науқастарда 2 қантамырлық зақымдану басым болды: 1 артерияның зақымдануы -24% науқаста, 2 артерияның зақымдануы-43% науқаста, 3 немесе одан да көп артериялардың зақымдануы – 33% науқаста кездесті. ЖИА, семіздік және 2 типті қант диабеті қосарланған науқастарда көп қантамырлық зақымдану басым болды: 1 артерияның зақымдануы -26% науқаста, 2 артерияның зақымдануы-33% науқаста, 3 және одан да көп артериялардың зақымдануы – 41% науқаста кездесті. ЖИА және липид алмасу бұзылысы бар науқастарда 3 немесе одан да көп қантамырлардың зақымдануы басым болды: 1 артерияның зақымдануы - 22% науқаста, 2 артерияның зақымдануы-38% науқаста, 3 және одан да көп артериялардың зақымдануы - 40% науқаста кездесті.

**Қорытынды:** Коронарлық артериялардың зақымдануына семіздіктің, 2 типті қант диабетінің, липидтер алмасуы бұзылысының қосар үлесі өте үлкен. Бұл патологиялардың үйлесуі көп қантамырлы зақымдануларға әкеледі. Профилактикалық тұрғыда статиндерді қабылдамау және ТТЛП қалыпты деңгейге дейін төмендемеуі коронарлық артериялардың көп қантамырлық зақымдану қаупін арттырады.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Слонова Я.А., Слонова Л.А. Ишемическая болезнь сердца, её причины, симптомы и методы лечения // Студенческий форум: электрон. научн. журн. 2022. № 21(200). URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/200/113521>
2. Фельдман Д.А., Червань И.В., Ильченко И.А. Стадины: путь от создания до реальных клинических успехов // Молодежный научный форум: Естественные и медицинские науки: электр. сб. ст. по мат. XIX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 12(18). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF\\_nature/12\(18\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_nature/12(18).pdf)

3. Ансимова П.В. Анализ деятельности врачей - кардиологов при лечении пациентов с гиперхолестеринемией // Студенческий форум: электрон. научн. журн. 2021. № 37(173). URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/173/100121>

4. Герасименко Г.Н. Ожирение как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Естественные и медицинские науки. Научной форум: электр. сб. ст. по мат. VI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 6(6). URL: [https://nauchforum.ru/archive/SNF\\_nature/6\(6\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/SNF_nature/6(6).pdf)

5. Кочкина Е.О., Верлан Н.В. Гиполипидемическая терапия: профиль безопасности статинов по данным регионального фармаконадзора. Безопасность и риск фармакотерапии. 2023;11(3):271-278. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2023-11-3-271-278>

УДК 616.43

Әбдиев Б.Н.<sup>1</sup>, Байдуллаев Е.Е.<sup>2</sup>, Сулейменов Б.Ж.<sup>2</sup>, Нарходжаев Н.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> «Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы», АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

<sup>2</sup> Қалалық балалар клиникалық ауруханасы, Шымкент қ., Қазақстан

## БАЛАЛАРДА ҰЙҚЫ БЕЗІ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

### *Аннотация*

Мақалада балаларда кездесетін ұйқы безі жабық жарақатының диагностикасының ерекшелігі мен хирургиялық емдеу нәтижелері көрсетілген.

**Кілт сөздер:** ұйқы безі, жарақат, панкреатит, лапаросокпия, емдеу.

Әбдиев Б.Н.<sup>1</sup>, Байдуллаев Е.Е.<sup>2</sup>, Сулейменов Б.Ж.<sup>2</sup>, Нарходжаев Н.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ОА «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

<sup>2</sup> Городская клиническая детская больница, г. Шымкент, Казахстан

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

### *Аннотация*

В статье приведены особенности диагностики и результаты хирургического лечения детей с травмой поджелудочной железы.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, травма, панкреатит, лапароскопия, лечение.

Abdiyev B.N.<sup>1</sup>, Baidullayev E.E.<sup>2</sup>, Suleymenov B.J.<sup>2</sup>, Narkhojayev N.S.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> City Clinical Children's Hospital, Shymkent, Kazakhstan

## DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT TACTICS FOR PANCREAS TRAUMA IN CHILDREN

### *Annotation*

*The article presents diagnostic features and results of surgical treatment of children with pancreatic trauma.*

**Key words:** *pancreas, trauma, pancreatitis, laparoscopy, treatment.*

### **Өзектілігі**

Қазіргі таңда елімізде балалар арасында құрсақ қуысының жабық жарақат жиілеуде, соның ішінде өмірге қауіп төндіретін ұйқы безінің жабық жарақаты. Ұйқы безінің жарақаты жалпы жарақатар ішінде кездесі 2-3% және летальдік көрсеткіші 71% құрайды [1,2]. Ұйқы безінің анатомиялық орналасуын ерекшелігі бойынша көп жағдайда қосарланған жарақат түрінде кездеседі. Асқыныс ретінде жарақаттан кейінгі панкреатит, құрсақ қуысы артқы кеңістік зақымдалуы. Летальділік 50% негізгі себептеріне аррозивті қан кету, полиорганды бұзылыстар, панкреонекроз алып келеді.

### **Мақсаты.**

Ғылыми зерттеудің негізгі мақсаты – балалардағы кездесетін ұйқы безінің жабық жарақаты кезінде заманауи хирургиялық тәсілдерді қолданып емдеу нәтижелерін жақсарту.

### **Зерттеу материалдары мен әдістері.**

Бұл мақалада қалалық балалар клиникалық ауруханасында 12 балалар ұйқы безінің жабық жарақатымен 2020-2022жж балалар хирургиясында ем алған науқастар көрсетілген. Оның ішінде 8 ұл, 4 қыз бала. 3-6 жас аралығында – 1 науқас, 7-10жас аралығында -5 науқас, 11-17 аралығында- 6 науқас. Диагноз клиникалық көріністер, лабораториялық зерттеу (қандағы амилаза анықтау), ультрадыбыстық және диагностикалық лапароскопия деректері негізінде анықталды. Науқастарға

міндетті түрде лапаротомия гемостатикалық тігістермен және зақымдалған аймақты адекватты дренирлеу жасалды.

### **Зерттеу нәтижелері**



Ұйқы безінің жекелеген жарақатын диагностикалау 5-10% жағдайда мүмкін, науқастар жиі қосарланған политравмалармен түсіп, анамнез жинау кезінде науқас санасы айқын болмайды. Кейде эпигастри аймағы ауырсынуынан кейін ауырсыну азаю кезеңі туындап, дәрігерлер диагностика жасау қиыншылықтар туындатады. Қалалық балалар клиникалық ауруханасында құрсақ қуысының жабық жарақаты кезінде науқастарға міндетті түрде видеолапароскопия қолданады. Заманауи әдісін енгізу арқасында ұйқы безі жарақатын диагностикасы жақсарып, жедел аурулар мен жарақаттарды хирургиялық емдеуге мүмкін берді, емделу уақытын қысқарып асқинулар кездеспеді. 12 емделген науқастар ішінде 7 науқаста қосарланған жарақат кездесті (12елі ішек, көк бауыр жарақаты).

Клиникалық жағдай. Ұл бала, 13 жасар, 25.04.2022ж. Шымкент қалалық балалар ауруханасына жедел жәрдеммен жеткізіледі. Түскен кездегі шағымдары: ішінің ауырсынуына, бір 4 рет құсуына, жалпы әлсіздікке. Анамнезінде: бала 2сағ алдын велосипед айдап қулаған, ішінен жарақат алған. Объективті жағдайы: жалпы жағдайы орташа ауыр дәрежелі, ауырсыну белгілеріне байланысты. Іші тыныс алу актсына екі жақты симметриялы қатысады, Пальпацияда іші қатайған, эпигастрий аймағы ауырсынады. Ішастар тітіркендіру белгісі күмәнді. Желі шығуда. Үлкен дәреті қалыпты. Алғашқы болжамды диагноз: Құрсақ қуысының жабық жарақаты. Операция алды дайындақтан кейін, анестезиолог дәрігері тексеріп, ата-анасының келісімінен кейін операцияға алынады.

Жасалынған операция: Лапароскопия. Жоғарғы ортаңғы лапаротомия, ұйқы безінің марсипуализациясы. Санация. Спленэктомия. Кіші шарбы қуысын және құрсақ қуысын дренаждау.

Операциядан кейінгі клиникалық диагноз: Ұйқы безінің гематомасы мен соғылуы. Көк бауыр жыртылуы. Гемоперитонеум.

Пациент операциядан кейін жансақтау бөлімінде қарқынды емді 24 сағат қабылдады. Жағдайы тұрақталып кейінен хирургия бөліміне ауыстырылды, екі апта хирургия бөлімінде ем қабылдап, қанағатанарлық жағдайда үйіне шығарылады.

### **Қорытынды.**

- 1) Балаларда ұйқы безінің жабық жарақаты анатомиялық ерекшелігіне байланысты қосарланған жарақат болып келеді;
- 2) Құрсақ қуысының жабық жарақаты кезінде науқастарға міндетті түрде видеолапароскопия қолданады;
- 3) Ұйқы безінің жарақаты кезінде науқастарға міндетті түрде лапаротомия, гемостатикалық тігістермен зақымдалған аймақты адекватты дренирлеу жасалып, отадан

кейінгі кезеңде өт жолдары және он 12-елі ішектің зақымдалуын алдын алу болып табылады.

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А., Розанов В.Е. Оказание специализированной хирургической помощи при тяжелой механической сочетанной травме // Вестн. хирургии. – 2001. – №1. – С. 43-46.

2. Бабич И. И., Шилов Г. Л. Способ лечения повреждений дистальной части поджелудочной железы. XVIII Конгресс педиатров России с международным участием. III Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология»: Сборник материалов. Москва. 2015;2:314.

3. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas: Current, Surgical, Therapy. – Berlin: Heidelberg, 2008. – 949 p.

УДК 616.8-003.99

**Жайдақбай Г.С., Ақтай Б.Х., Мұсақұл М.А., Дүйсембай Н.М., Тұрғанбек Қ.М**  
«Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

## **ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ КЕЗІНДЕГІ ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ**

### ***Аннотация***

*Баяндамада ишемиялық инсульт кезіндегі тромболитикалық терапияның тиімділігі және ишемиялық инсультпен клиникалық жағдай келтірілген.*

***Кілт сөздер:*** тромболитикалық терапия, ишемия, инсульт.

**Жайдақбай Г.С., Ақтай Б.Х., Мұсақұл М.А., Дүйсембай Н.М., Тұрғанбекова Қ.М.,**  
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», Шымкент, Казахстан

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

### ***Аннотация***

*В докладе представлены актуальность, эффективность тромболитической терапии и клинический случай с ишемическим инсультом.*

*Ключевые слова: тромболитическая терапия, ишемия, инсульт.*

**Zhaydakhbay G, Aktay B, Musakul M, Duisembay N. M., Turganbekova K. M.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **THE EFFECTIVENESS OF THROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE**

### **Annotation**

*The report presents the relevance, effectiveness of thrombolytic therapy and a clinical case of ischemic stroke.*

**Key words:** *thrombolysis therapy, ischemia, stroke.*

**Өзектілігі:** Қазіргі кездегі неврологияның маңызды мәселелерінің бірі-аурудың айтарлықтай таралуына, мүгедектік пен өлімнің жоғары деңгейіне байланысты инсульттің алдын алу, диагностикалау және емдеу болып табылады. Жыл сайын әлемде шамамен 20 миллион инсульт тіркеледі, шамамен 5 миллион науқас қайтыс болады. Инсульттан кейін пациенттердің тек 15-20%-ның еңбекке қабілеттілігі сақталып жұмысқа қайта оралады,, көбісі туыстарының күтімін қажет етеді, бұл осы мәселенің әлеуметтік-экономикалық маңыздылығын анықтайды [1–5].

Инсультті емдеуде, оның сипатына (ишемиялық немесе геморрагиялық) бағынбайтын базисті(сараланбаған) терапияны және инсульттің сипатымен анықталатын сараланған терапияны бөліп көрсетуге болады. Соның ішінде церебральды артерия тромбозы аясында дамидын ишемиялық инсульттың ең заманауи емдеу әдісі тромболитис деп аталады, оған плазминоген тіндік активаторын (rt-PA) көктамыр ішіне немесе артерия ішіне енгізу арқылы қол жеткізіледі. Тромболитикалық терапияны ишемиялық инсульттің емінде кеңінен қолдану, жедел ишемия кезіндегі нейрондардың өлу механизмімен түсіндіріледі. Церебральді артерия окклюзиясы фонында дамидын ишемиялық инсульт кезінде мидың кейбір аймақтарында бірден нейрондардың өлуі болады. Сондықтан инсульттің алғашқы сағаттарында артериялық окклюзияны жою және қан ағымын қалпына келтіру "ишемиялық пенумбра" нейрондарының өлуіне жол бермейді, ми инфарктісінің мөлшерін және неврологиялық асқынулард азайтады .

Осыған байланысты біз ЦВЗ диагнозы қойылған науқастың клиникалық жағдайын ұсынамыз.

Клиникаға ер адам 63 жасында парието-оксипитальды аймақтағы бас ауруы, бас айналу, жүру кезінде тербеліс, сол жақ аяқтардағы әлсіздік, сөйлеудің бұзылуы, қан қысымының 200/100 мм-ден жоғары жоғарылауы туралы шағымдармен келді.сын. бағ.ст., жалпы әлсіздік.

Ауру тарихынан: науқастың айтуы бойынша бұл нашарлау сол күні таңертең сағат 07:00-де басталды., сол жақ аяқтардағы ұйығыштық пен әлсіздік, сөйлеудің бұзылуы, қан қысымының жоғарылауы 200/100 мм.сын. бағ болуына байланысты, жедел медициналық көмек бригадасы шақырылып 1,25 мг + натрий хлориді 10 мл эналаприлатты көктамыр ішіне енгізу арқылы алғашқы көмек көрсетілген.Науқас шұғыл түрде 2 сағат 50 минуттан кейін №2 ГБ қабылдау бөлмесіне ОНМК диагнозымен жеткізілді.Стационардағы. невропатолог және терапевт тексеруінен өтті ОАК, БАК, коагулограмма, мидың КТ жасалынды. Шағымдарды, клиникасын, жағдайдың ауырлығын, КТ нәтижелерін ескере отырып, пациент шұғыл түрде қосымша тексеру, бақылау, емдеу үшін инсульт орталығына жатқызылды.

Қосымша зерттеу әдістерінен: брахицефалиялық артериялардың УДДГ: мойын тамырларының стенозды атеросклеротикалық өзгерістері. Оң жақта-гемодинамикалық шамалы стеноз ВСА 30%, ВСА шамдары -25%. Сол жақта-гемодинамикалық шамалы стеноз ВСА -40%.

Сол күні бірнеше сағаттан кейін мамандар консилиумы невропатолог, нейрохирург, кардиолог, офтальмолог өткізіліп пациенттің терапевтік терезесін ескере отырып, 4 сағаттық тромболизді шұғыл жүргізу туралы шешім қабылданды.

Науқасқа  $900 \text{ мкг} \times 70 = 6300 : 1000 = 63 \text{ кг}$  жалпы доза есебінен ТЛТ жүргізілді . Есептеу 10% - бастапқы болысті енгізу үшін дозалар  $63 \times 10\%$  жалпы доза = 6,3 мл 100% 10% доза.

**Талдау.** Рекомбинантты тіндік плазминоген активаторын (recombinant tissue plasminogen activator – rt-PA) пайдалана отырып, жүйелі тромболитикалық терапия (ТЛТ) алтеплазалар – ишемиялық инсульт дамуының алғашқы 4,5 сағатында ишемиялық инсульт кезінде реперфузияның ең тиімді және қауіпсіз әдіс.

**Қорытынды:** Ишемиялық инсульттың клиникалық-патогенетикалық ерекшеліктерін, зақымдану ошағын, локализациясын, қосымша зерттеулердің нәтижелерін, геморрагиялық асқынуларды ескере отырып, ТЛТ жүргізу ишемиялық инсультпен емдеудің осы әдісінің қауіпсіздігі мен тиімділігінің жоғарылауына ықпал етеді.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1.Верещагин НВ, Варакин ЯЯ Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. Журнал неврологии и психиатрии.-34–40

2. Виленский БС. Неотложные состояния в неврологии: Руководство для врачей. Санкт-Петербург: Фолиант; 2004. 512 с.

3. Ворлоу ЧП, Деннис МС, ван Гейн Ж и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. Перевод с английского. Санкт-Петербург: Политехника; 1998. 629 с

УДК 616.34-007.272

**Жалғасбаев А. А., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.**

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ, Ақтөбе,  
Қазақстан

### **ІШЕК СТОМАЛАРЫ ЖӘНЕ ЖЫЛАНКӨЗДЕРІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖАРА АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ**

#### **Аннотация**

*Антисептикалық пленка түзетін ерітінділерді (Апр) қолдану жараның асқыну жиілігін төмендетіп, ішек стомалары мен фистулаларды емдеу нәтижелерін жақсартты.*

**Кілт сөздер:** стома, жыланкөздер, қабық түзуші ерітінді, асқыну.

**Жалғасбаев А. А., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.**

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Ақтөбе, Қазақстан

### **ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ И СВИЦАМИ**

#### **Аннотация**

*Использование антисептических пленкообразующих растворов (АПР) снизило частоту раневых осложнений и улучшило результаты лечения кишечных стом и свищей.*

**Ключевые слова:** пленкообразующих растворов, свищ, кишечные стомы, осложнения.

**Zhalgasbaev A. A., Dzhakanov M.K., Taishibaev K.R.**

NJSC "West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov", Aktobe, Kazakhstan

## . PREVENTION OF WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH INTESTINAL STOMAS AND FISTULAS

### *Annotation*

*The use of an antiseptic membrane-forming solution significantly reduced the frequency of wound complications and improved the results of care for patients with intestinal stomas and fistulas.*

**Keywords:** *film-forming solutions, fistula, intestinal stoma, complications.*

**Жұмыс мақсаты.** Жалпы хирургиялық бөлімшелерде ішек стомалары мен жыланкөздері бар науқастарда жараның асқынуының алдын алу әдістерін жетілдіру.

**Материал және зерттеу әдісі.** Жіңішке және тоқ ішектің стомасы мен жыланкөздері бар 25 науқас зерттелді. Негізгі топты операциядан кейінгі кезеңде ішек стомаларын қойған соң, жыланкөздердің пайда болуын алдын алу, парастомальды аймақта жараның асқынуын болдырмау үшін антисептикалық қабық түзетін ерітіндіні жергілікті қолданған 10 науқас болды. Бақылау тобы ретроспективті түрде құрастырылды және дәстүрлі антисептиктерді қолданатын 15 пациентті қамтыды. «Excel» бағдарламасында статистикалық деректерді өңдеу арқылы талдау, салыстыру және жалпылау арқылы клиникалық бақылауға негізделген. Жара асқынуларының сипаты зерттеліп, ішек стомалары мен жыланкөздері бар науқастарда осы асқынуларды алдын алуда қолданылатын және жетілдірілген әдістерінің тиімділігіне салыстырмалы баға берілді.

**Нәтижелер және оны талқылау.** Антисептикалық пленка түзетін ерітіндінің дәстүрлі антисептиктерге қарағанда артықшылығы болды. Бақылау тобындағы науқастарда мацерация негізгі топқа қарағанда 2,3 есе, дерматит 2 есе, парастомальды іріңді процестің дамуы 2,7 есе көп байқалды. Негізгі топта бақылау тобына қарағанда мацерация мен дерматит зерттеудің 10-шы күні байқалмады. Негізгі топтағы науқастарда парастомальды аймақтың және фистула аймағының патогенді микрофлорасы бақылау тобына қарағанда 3,3 есе аз пациенттерде зерттеудің 10-шы күні байқалды. Негізгі топтағы рН деңгейі бақылау тобына қарағанда 7-ші күні қалыпқа келді. Колостомиялық қаптың (нәжіс қабылдағыш) ең тиімді түрі бір реттік екі компонентті дренажды колостомиялық қап болды.

**Қорытынды.** Бір реттік дренажды колостомиялық қапшықпен антисептикалық пленка түзетін ерітіндіні пайдалану жараның асқынуын айтарлықтай азайтады және ішек стомасы мен жыланкөзі бар науқастарды емдеу нәтижелерін жақсартады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Науменко Л.Л., Жирнова Л.В. Рекомендации по рациональному подбору средств ухода за стомами в ИПРА инвалидов с нарушениями функции выделения //Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019.- № 1. – Б. 22-29.
2. Токмаков И.А., Юданов А.В., Ганичева И.А. Профилактика осложнений кишечных стом // Колопроктология. – 2016. - № 1. – Б. 114.
3. Калашникова И.А., Фадеева С.А. Алгоритмы консервативного лечения осложнений кишечных стом // Колопроктология. – 2015. - № 1. – Б. 118-119.

УДК 16.127

**Kaldybayev E.B., Ababakirova D. T.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **CLINICAL FEATURES ASSOCIATED WITH THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST-SEGMENT ELEVATION**

### ***Annotation***

***The aim of the study:*** to identify the clinical features associated with the prognosis of patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation

***Material and methods.*** The study included 54 patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation who were admitted to the emergency department of the South Kazakhstan Regional Cardiology Center for the period from October 2017 to January 2019.

***The results of the study*** showed that 18 (33.3%) patients with acute coronary syndrome in the study selection had a failure within a year during the follow-up period. In the structure of unsuccessful coronary cases, acute coronary syndrome had 15 repeated cases (27.8%). When patients are hospitalized for a relapse of acute coronary syndrome, coronary angiography is mandatory to determine the patency of the stent and the state of the coronary flow.

***Conclusion.*** Thus, patients with development are characterized by a history of tobacco smoking and angina pectoris, heart failure, and high-level rhythm and/or conduction disorders according to the Killip classification on the first day of acute coronary syndrome development.

***Key words:*** acute coronary syndrome, heart failure, symptom, elevation

**Калдыбаев Е.Б., Абабакирова Д.Т.**

«Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

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

### *Аннотация*

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

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

**Зерттеу нәтижелері** Зерттелінген іріктеуде жіті коронарлы синдром бар 18 (33,3%) пациентте байқау кезеңіндегі бір жыл көлемінде сәтсіз аяқталу болды. Сәтсіз коронарлық жағдайлар құрылымында жіті коронарлы синдром 15 қайталанған жағдайы болды (27,8%). Жіті коронарлы синдром рецидиві бойынша пациенттерді госпитализациялау кезінде стент өткізгіштігін және коронар ағысының жағдайын анықтау үшін міндетті түрде коронароангиография жасалынды.

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

**Кілт сөздер:** жіті коронарлы синдром, жүрек жетіспеушілігі, симптом, элевация

**Калдыбаев Е.Б., Абабакирова Д.Т.**

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

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГНОЗОМ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

### *Аннотация*

**Цель исследования:** выявить клинические особенности, связанные с прогнозом больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST

**Материал и методы.** На исследование были взяты 54 больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST, поступивших в приемное отделение Южно-Казахстанского областного кардиологического центра за период с октября 2017 года по январь 2019 года.



*Результаты исследования показали, что у 18 (33,3%) пациентов с острым коронарным синдромом в исследуемом отборе была неудача в течение года в течение периода наблюдения. В структуре неудачных коронарных случаев острый коронарный синдром имел 15 повторных случаев (27,8%). При госпитализации пациентов по рецидиву острого коронарного синдрома для определения проходимости стента и состояния коронарного течения в обязательном порядке проводится коронароангиография.*

*Заключение.* Таким образом, пациенты с развитием характеризуются клиникой табакокурения и стенокардии в анамнезе, сердечной недостаточностью и нарушениями ритма и/или проводимости высокого уровня по классификации Killip в первые сутки развития острого коронарного синдрома.

*Ключевые слова:* острый коронарный синдром, сердечная недостаточность, симптом, элевация

**Significance:** The problem of acute coronary syndrome (ACS) has not lost its relevance throughout the world, as evidenced by the data of international registries. The relevance of acute coronary syndrome (ACS) is emphasized in the authoritative advice of the American (ACC/ANA, 2006) and European Society of Cardiology (Eur.HeartJ., 2006) and corresponding guidelines of the Russian Society of Cardiology (VNOK, 2006). Therefore, the study of possible predictors of risk factors for premature cardiac death and poor disease prognosis is an important task [1,2].

**The following clinical risk factors of ACS:** BP, arterial hypertension (AG), smoking and older age play an important role in evaluating the prognosis of ACS patients undergoing emergency interventional treatment [3,4,5].

However, in addition to classic factors, new rates are used to evaluate the prognosis for patients with ACS, which are: acute rhythm disturbances, a decrease in glomerular filtration rate of 50 ml/min, and heart failure (HF). The role of known HF in the development of complications in patients with ST segment elevation has not been fully investigated, according to the data of different authors, their effect is not unique [6,7,8].

**The purpose of the study:** to determine the clinical characteristics of acute coronary syndrome patients with ST segment elevation, depending on the prognosis

Material and methods. 54 acute coronary syndrome patients with ST segment elevation who were admitted to the reception department of the South-Kazakhstan regional cardiology center between October 2017 and January 2019 were included in the study.

The decision to enroll the patient in the study was made after the patient's informed consent.

The following criteria led to the study:

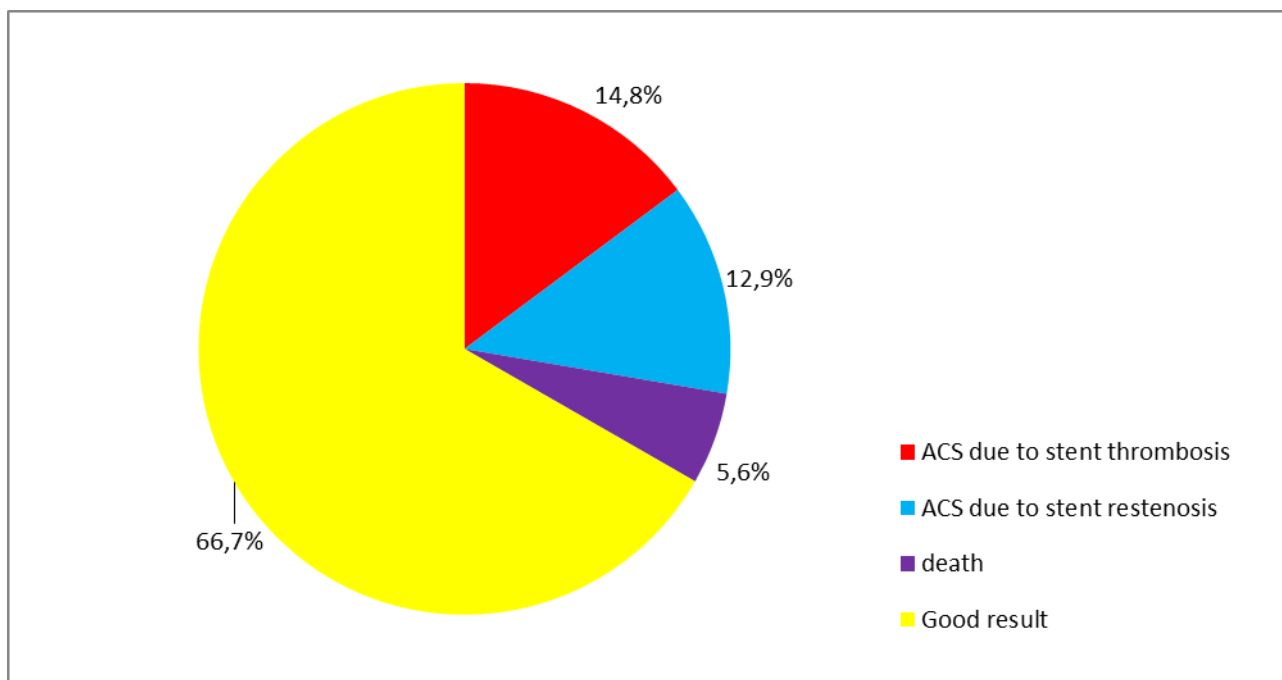
- presence of clinical symptoms of acute coronary syndrome not less than 12 hours after the development of pain syndrome;
- ST segment elevation according to electrocardiography during hospitalization;
- Signing of the patient's informed consent for participation in the study.

**Delisting criteria:**

- Younger than 75 years;
- Presence of severe multivessel coronary artery disease and no need for percutaneous transluminal coronary angioplasty stenting for symptomatic artery revascularization, as well as planned coronary bypass grafting during this hospitalization.
- Liver diseases (cirrhosis, hepatitis, liver failure);
- Chronic, obstructive lung disease;
- Malignant growths;
- Acute infectious diseases.

**Results of the study:** In the studied sample, 18 (33.3%) patients with acute coronary syndrome had a failure within one year of the observation period (Figure 4).

In the structure of failed coronary cases, there were 15 repeated cases of acute coronary syndrome (27.8%). Coronary angiography was performed to determine stent patency and coronary flow condition during hospitalization of patients with acute coronary syndrome relapse.



**Figure 1 - Distribution of results of patients in the studied sample**

Based on the data of coronary angiography, destabilization of the condition was caused by stent thrombosis in 8 patients (14.8%), including two cases - early stent thrombosis, and in 7 patients - more than 50% due to stent restenosis, which accounted for 12.9% of all studied patients. It should be noted that in 5 patients with stent restenosis, repeated acute coronary syndrome was registered in the area of effect of the stented artery.

Among the study sample, three patients (5.6%) had a fatal outcome, including two cases of in-hospital death (due to early stent thrombosis). The cause of death was not determined in one patient.

During the observation period, there were no cases of acute cerebral circulation, coronary shunting, or hospitalization for pacemaker implantation.

All patients were divided into two groups in order to distinguish the factors that determine the poor prognosis of acute coronary syndrome patients with ST-segment elevation. The following criteria were the basis for dividing into the group - presence of acute coronary syndrome in the period of  $12.0 \pm 4.3$  months of observation, death and development of repeated acute coronary syndrome.

The first group (I) included 18 patients with the aforementioned failures, and the second group (II) included 36 patients without complications.

Anamnestic data, parameters of physical and instrumental examination using functional methods of research were made using the non-parametric method of comparison of numerical signs according

to the Mann-Whitney criterion in two unrelated groups, and to compare the groups according to qualitative signs - using the Pearson  $\chi^2$  coefficient using a 2x2 combination table. The results of the analysis are presented in Table 3.

The following main risk factors of IHD - presence of acute cerebral hemorrhage and hypertension in the anamnesis, no significant differences were found during the comparative analysis of groups by gender and age. Also, the reduction of the global contraction of the LV myocardium according to the ECHO-KG data did not show statistical significance for the disease outcome.

Table 1. is a comparative description of the studied groups of acute coronary syndrome patients according to initial clinical criteria

<b>Indicators</b>	<b>GROUP I, n=18</b>	<b>GROUP II, n=36</b>	<b>P</b>	<b>ОШ</b>	<b>95% ДИ</b>	<b>p*</b>
Presence of type 2 DM, n (%)	3 (16,7%)	3 (8,3%)	0,149	2,13	0,75;6,06	0,153
Men, n (%)	15 (83,3%)	27 (75,0%)	0,152	1,88	0,78;4,51	0,156
Women, n (%)	3 (16,7%)	9 (25,0%)				
Smokers, n (%)	13 (72,2%)	21 (58,3%)	0,045	2,15	1,00;4,58	0,047
Young. N (%)	55,6±9,85	57,4±8,0	0,394	-	-	-
History of hypertension, n (%)	15 (83,3%)	32 (88,8%)	0,308	0,59	0,22;1,67	0,311
History of ONMC n (%)	3 (16,7%)	3 (8,3%)	0,308	1,67	0,61;4,53	0,311
History of angina pectoris, n (%)	11 (61,1%)	16 (44,4%)	0,049	1,94	0,98;3,85	0,050
NriP, n (%)	11 (61,1%)	8 (22,2%)	<0,000	5,81	2,80;12,08	< 0,0001
Killip I, n (%)	13 (72,2%)	31 (86,1%)	< 0,000	0,08	0,03;0,18	< 0,0001
Killip II, n (%)	1 (5,6%)	5 (13,9%)	0,270	0,52	0,16; 1,68	0,276
Killip III, n (%)	1 (5,6%)	0 (0)	0,044	19,02	1,0 ; 360,40	0,049
Killip IV, n (%)	1 (5,6%)	0 (0)	0,006	28,6	1,58; 519,38	0,023
SF CF, % (M ±s)	49,4±9,3	51,4±8,8	0,271	-	-	-

Addendum: \*- Authenticity (r) meaning for MS

In group I there were more patients with CKD (61.1% vs. 22.2%;  $\chi^2 = 24.17$ ;  $p < 0.0001$ ) higher class of HF according to Killip: III ( $p = 0.044$ ) and IV ( $p = 0.006$ ) II in the first day of the development of symptoms of ACUTE CORONARY SYNDROME compared to group patients. According to the literature [123,124] the presence of acute HF, as well as coronary complications in the first day of the development of HF, both invasive and conservative tactics of patient management were used.

In patients with acute coronary syndrome, arrhythmias accompanied by sudden changes in heart rate often lead to acute development of circulatory failure. This explains why heart rhythm disorders that appear during the hospital period remain the main cause of cardiac death today. Acute coronary syndrome patients with ST-segment elevation often develop various cardiac CAD, which complicate the course of the main disease and worsen its prognosis [125].

In our study, we obtained data confirming the prognostic value of hemodynamics and acute CKD disorders, which can affect the course of the disease after BTA revascularization. The presence of acute-onset CAD increases the risk of ACS onset by 5.8 times (HR (95% CI)=5.81 (2.8;12.08);  $p<0.0001$ ) in patients with ST-elevation acute coronary syndrome. According to Killip III, the high class of LV failure increases the risk of development by 19 times (CI (95% CI)=19.02 (1.0;360.4);  $p<0.049$ ), and IV by 28.6 times (CI (95 % DI)=28.6 (1.58; 519.38);  $p=0.023$ ).

In turn, according to Killip, a low class of HF, not more than I, significantly reduces the risk of developing HF during one year of observation (HR (95% CI)=0.08 (0.03, 0.18);  $p<0.0001$ ).

Compared to group II patients, patients of group I had a statistically significant aggravated anamnesis due to a greater number of smokers (72.2 vs. 58.3;  $\chi^2=3.99$ ;  $p=0.045$ ) and patients with angina pectoris for more than a year before hospitalization for ACUTE CORONARY SYNDROME (61.1% vs. 44.4%;  $\chi^2=3.72$ ;  $p=0.049$ ). The analysis of indicators in the studied groups revealed that smoking in the anamnesis increased the risk of developing HF by 2.15 times (HR (9.5% CI) = 2.15(1.0;4.58);  $p = 0.047$ ), and the presence of angina clinic - 1.9 times (HR (95% CI) = 1.94 (0.98,3.85);  $p = 0.050$ ) in ST-elevation acute coronary syndrome patients one year after PCI.

In the studied group of patients, there were no differences between type 2 DM patients in terms of number of patients (16.7% in group I and 8.3% in group II;  $\chi^2=2.1$ ;  $p=0.149$ ), while according to the literature, hyperglycemia in patients with acute coronary syndrome its presence increases the risk of developing CKD both in the early and late stages of the disease [28,32].

When analyzing the median glycemia levels in patients during hospitalization, statistically significant higher values of blood sugar levels were higher in group I than in the corresponding group II patients (9.05 (7.5; 11.17) versus 7.8 (6.7; 10.1) ;  $p=0.041$ ). It should be noted that later in patients without diabetes, but with initial hyperglycemia, blood sugar levels decreased without medical hypoglycemic therapy.

Hyperglycemia is known to increase metabolic energy substrates, including insulin resistance, unsaturated fatty acid content, and excess oxidative stress. All of these processes are exacerbated during the development of acute coronary syndrome, when chest pain, shortness of breath, and anxiety induce a stress-induced adrenergic response [126]. Thus, high blood glucose level in patients with

acute coronary syndrome during hospitalization is an important predictor of the onset of CKD, both in patients with DM and in patients without carbohydrate metabolism disorders.

Also, a comparative analysis of the lipid spectrum was made in the studied groups of acute coronary syndrome patients, the results of which are presented in Table 4.

Table 2 - Comparative analysis of the lipid spectrum in the studied groups of patients

Indicators	I Group n=18	II Group n=36	P
OX, mmol/l	5,36(4,97;6,4)	5,17(4,6;5,92)	0,264
TG, mmol/l	1,68(1,24;2,43)	1,80(1,26;2,86)	0,658
VTLP, mmol/l	1,03(0,9;1,2)	1,01(0,87;1,2)	0,782
TTLP, mmol/l	3,57(2,9;4,67)	2,98(2,5;3,6)	0,195
IA	4,37(3,5;5,2)	3,7(2,9;4,8)	0,172

Appendix: Medians showing interquartile range with -25th and 75th percentiles.

In both groups, no significant dyslipidemia was detected on the first day after the onset of symptoms of acute coronary syndrome, because the median atherogenic index in group I (4.37 (3.5; 5.2)) was not significantly higher than the corresponding index in group II (3.7 (2.9; 4 .8); p=0.172). The lack of differences in the composition of the lipid spectrum in the groups indicates an insignificant role in the process of AST destabilization and the development of acute coronary syndrome, as well as does not allow us to speculate about its participation in the prognosis of the development of failed coronary conditions after percutaneous coronary intervention.

Patients with the development of acute coronary syndrome are characterized by high level of rhythm and/or conduction disturbances according to the Killip classification, heart failure and a history of smoking and angina pectoris in the first day of development.

### List of references

1. Features of predicting response in acute coronary syndrome in men and women / R.T. Saigitov, M.G. Glaser, D.P. Sementsov et al. // Cardiovascular therapy and prevention - 2006. - No. 1. – P.63-70.
2. Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes / A. Rosengren, L. Wallentin, A. Gett et al. //Eur. Heart J. – 2004. –Vol. 25, No. 8. –P. 663-670.
3. Ostroumova, O.D. Aging and endothelial dysfunction / O.D. Ostroumova, R.E. Dubinskaya // Cardiovascular therapy and prevention. – 2004. - No. 4. – pp. 83-89.

4. Mortality form coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction / S. M. Haffnet, S. Lehto, T. Ronnema et al. // N. Engl J. Med. – 2008. – Vol. 339. – P. 229-234.

5. Panchenko, E.P. Coronary heart disease and diabetes mellitus – an insidious tandem / E. P. Panchenko // Heart. – 2004. – Vol. 3, No. 1. – P.9-12.

6. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with arterial fibrillation / V. Fuster, L. E. Ryden, R.W. Asinger et al.// Eur Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1979-2030.

7. Malmberg K. Myocardial infarction in patients with diabetes mellitus / K. Malmberg, K. Ryden // Eur Heart J. -2008. –Vol. 9. –P. 256-264.

8. Karlson, B.W. Prognosis of acute myocardial infarction in diabetic and non-diabetic patients / B. W. Karlson, J. Herlitz, A. Hjalmarson // Diabet Med. – 2003. - Vol. 10, No. 5. – P. 449-454.

Corresponding author Dzhubanishbaeva T.N., International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasawi, Shymkent Medical Institute, niazkulova76@mail.ru

УДК 37.012.6

**Келсін Ж.Ж., Сағынтай А.Ж.**

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

## **ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА**

### ***Аннотация***

*Мақалада Қазақстан Республикасында медицина жоғары оқу орындарындағы білім алушылардың оқытуға қатысты мақсаттар мен міндеттерге жетудің заманауи тәсілдері мен әдістері жайлы жазылған.*

***Кілт сөздер:*** *жүйе, инновация, әдіс.*

**Келсин Ж.Ж., Сағынтай А.Ж.**

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

## **АСПЕКТЫ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

### ***Аннотация***

*В статье изложены современные подходы и методы достижения обучающимися медицинских вузов Республики Казахстан целей и задач, связанных с обучением.*

**Ключевые слова:** *система, инновации, метод.*

**Kelsin Zh., Sagyntay A.**

«South Kazakhstan Medical Academy» JSC, Shymkent, Kazakhstan

## ASPECTS OF TEACHING METHODS IN MEDICAL UNIVERSITIES OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

### **Annotation**

*The article describes modern approaches and methods of achieving the goals and objectives related to training by students of medical universities of the Republic of Kazakhstan.*

**Keywords:** *system, innovation, method.*

**Кіріспе.** «Білім алудың тамыры ащы, бірақ жемісі тәтті», - деп бірінші ұстаз Аристотель айтқандай, білім мен өнер біздің болашағымыздың жарқын болуына бірден-бір кепіл.

**Мақсаты:** оқытудың тиімді әдістерінің маңыздылығын анықтау.

**Материалдар мен әдістер:** медициналық жоғары оқу орындарында қолданылатын CBL/PBL белсенді оқытудың инновациялық білім беру әдістері білім алушыларға тигізетін әсері.

**Зерттеу нәтижелері:** CBL/PBL (case-based learning/problem based learning) қолдану теория мен тәжірибені байланыстыруға көмектеседі, белгілі бір мәселелерді шешу дағдыларын дамытады, сыни ойлау деңгейін жоғарылатады, қарым-қатынас дағдылары мен топтық жұмысты ынталандырады, нақты жағдайлардың күрделілігін бағалауға көмектеседі, әртүрлі көзқарастардың қалыптасуына ықпал етеді. CBL – жағдайлар негізінде білім беру, алға қойған тапсырмалардың нақты шешімін оқытуға негізделген (кейстер шешімі). Бұл әдіс топтық-бағытталған білім немесе жағдайлық оқыту [1]. PBL әдісімен білім алушыларда жалпы үлгерімділігінде және білім сапасында, сондай-ақ алған білім дәрежесін анықтайтын қорытынды тесттерді тапсырғанда да ешқандай төмен нәтиже болмады [2]. Көптеген зерттеулер CBL және PBL қолдану терең білім алу үшін жағдай жасайтындығын растады. CBL және PBL қазіргі уақытта көптеген медициналық оқу орындарында үздіксіз білім алуға, топтық дағдыларды дамытуға және сыни ойлауға көмектесу үшін қолданылады. Екі әдіс те оқу процесінде жоғары тиімділігін дәлелдеді.



ҮОО зерттеулерінде, топтар арасындағы айтарлықтай айырмашылықтар клиникалық шешімдер қабылдауда және CBL тобы мен бақылау тобында оқуды ынталандыруда байқалды: бұл көрсеткіштер CBL тобында бақылау тобына қарағанда статистикалық жоғары болды. Schmidt H.G. зерттеулерінде дәлелденген, оқу процесінде PBL қолдану алдын-ала алынған білімді белсендіруді ынталандырады және пәнаралық интеграцияның дамуына ықпал етеді, және бұл әдіс оқу кезінде студенттер тарапынан үлкен қызығушылық тудырады. Бұл қызығушылықтың дамуына және студенттердің мәселені шешу процесіне барынша қосылуына ықпал етеді [3, 4]. PBL тиімділігі бойынша жүргізілген зерттеулердің мета-талдауы проблемалық-бағытталған оқыту әдістері бойынша оқыған студенттердің жоғары мотивациясы бар екенін, мәселелерді жақсы шеше алатынын, ақпаратты жақсы талдай алатынын, сонымен қатар қажетті ақпаратты есте сақтай алатынын, клиникалық мәселелерді шешуде негізгі ғылыми білімді біріктіруге жоғары қабілетке ие екенін растайды. Олар келесі тұжырымдарға келді: PBL форматында оқыту білімнің ұзақ сақталуына ықпал етеді, негізгі ғылыми тұжырымдамалардың клиникалық проблемаларға интеграциясын арттырады, пәнге деген қызығушылықты арттырады және оқу дағдыларының өзін-өзі басқаруын арттырады. CBL және PBL дәстүрлі дәрістерге жақсы қосымша болып табылады, қарым-қатынас дағдыларын дамытады, студенттер белсенді араласады, сұрақтар қояды және тиісті түсініктемелер береді. Major және Palmer өз зерттеулерінде PBL және CBL студенттері дәрістер мен оқу әдебиеттерін қолдана отырып, дәстүрлі әдістерде оқыған студенттерге қарағанда жаңа мәселелерді өздігінен шеше алатындығын атап өтті. Көптеген зерттеулер проблемалық бағытталған белсенді оқыту дәстүрлі әдіске қарағанда тиімді әдіс екенін көрсетті, атап айтқанда, сыни ойлау және білімді ұзақ мерзімді сақтау дағдыларын қарастыру кезінде таптырмас құрал [5].

Бүгінгі таңда Қазақстандағы жоғары медициналық білім беру жүйесі терең модернизациялаудан өтуде. Оны реформалау бағыттарының бірі – болашақ дәрігерлердің тәжірибелік дағдыларын оқыту әдістерін жетілдіру болып табылады. Бұл тұрғыда әр университет өзіне ең оңтайлы және қолайлы нұсқаны таңдауға бейім. Соңғы онжылдықта Қазақстанның медициналық білім беру мекемелерінде бірқатар тәжірибелік дағдылар орталықтары ашылды, олар бүгінде медициналық білім беру саласында берік ұстанымға ие болды. Оның бірі 2018 жылы Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясында ашылған тәжірибелік дағдылар орталығы (ТДО). **ТДО қызметінің мақсаты**– білім алушыларды даярлау сапасын көтеру; денсаулық сақтау мамандарының қайта даярлау және біліктілігін арттыру, сондай-ақ кәсіби құзыреттіліктерін дамыту үшін ұйымдық және оқу жағдайларын жасау.

**Қорытынды:** медициналық білім беруде белсенді оқыту әдістерін қолдану маңызды медициналық кәсіптіктерді, әсіресе олардың әлеуметтік және танымдық аспектілерін дамытуға оң әсер етеді. CBL және PBL әдістері білім алушылардың білім деңгейін көтеріп қана қоймай, мәселеге нық және жылдам бейімделуге үйретеді, ауырлық дәрежесін анықтап, шешім қабылдауға көмектесетіні дәлелденді және маңыздылығы артуда. Біздің мемлекетімізде медицина және денсаулық сақтау саласындағы әлемдік стандарттарға қол жеткізу заманауи білім беру технологияларын қолданудың өсуі есебінен, оқытудың заманауи педагогикалық-психологиялық теорияларын меңгерумен жүзеге асады.

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Марковина И. Ю., Ширинян М. В. Иностранный язык в неязыковом вузе на постдипломном этапе обучения: потребности и перспективы (на примере медицинских вузов) //Вестник Московского государственного лингвистического университета. – 2012. – №. 645. – С. 54-61.
2. Ахметова Ж. К. и др. Акушерлік және гинекологиялық практикаға белсенді оқыту әдістерін қолдану //Наука о жизни и здоровье. – 2017. – №. 4. – С. 58-68.
3. Аканов А. А. Проблемы реформирования медицинского образования в Казахстане /А. Аканов, Г. М. Есенжанова //Педиатрия и детская хирургия. – 2010. – №4(62). – С. 12-14.
4. Yoo, M.-S., Park, J.-H., & Lee, S.-R. (2010). The effects of case-based learning using video on clinical decision making and learning motivation in undergraduate nursing students // Journal of Korean Academy of Nursing. – 2006. - 40(6). – P. 863-871.
5. Major C., Palmer B. Assessing the effectiveness of problem-based learning in higher education: lessons from the literature // Acad Exchange Qtrly. – 2001. - 5(1). – P. 1–6.

УДК 616-00

**Қуаныш Ж. Ф., Мұсабай А. П.**

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

### **БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ АСПЕКТІЛЕРІ**

#### **Аннотация**

*Бронх демікпесі тыныс алу жолдарының созылмалы қабынуымен, тыныс алудың қиындауымен, ысқырықты сырылдардың естілуімен, ентігумен, өкпенің толуы және жәтел*

сияқты көріністермен сипатталады, тыныс алудың ұзақтығы мен қарқындылығымен ерекшеленіп, тыныс алу жолдарының өзгермелі бітелуімен бірге көрінеді [1]. Бронх демікпесі әртүрлі фенотиптерді анықтауды және терапияға жеке көзқарасты қажет ететін гетерогенді ауру болып табылады. Дегенмен, емдік шараларының кең ауқымына қарамастан, бронх демікпесі бар науқастарды бақылау қиындық тудыруда.

**Кілт сөздер:** бронх демікпесі, аллергия, спирография.

**Куаныш Ж. Ф., Мусабай А. П.**

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

## АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

### **Аннотация**

Бронхиальная астма характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, проявляется затрудненным дыханием, свистящими хрипами, слышимые на расстоянии, одышкой, воздушностью легких характеризуется продолжительностью и интенсивностью дыхания в сочетании с переменной обструкцией дыхательных путей [1]. Бронхиальная астма-гетерогенное заболевание, требующее выявления различных фенотипов и индивидуального подхода к терапии. Однако, несмотря на широкий спектр лечебных мероприятий, наблюдение за пациентами с бронхиальной астмой приводит к затруднениям

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, аллергия, спирография.

**Kuanysh Zh., Musabay A.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## DIAGNOSTIC RESEARCH ASPECTS OF BRONCHIAL ASTHMA

### **Annotation**

Bronchial asthma is characterized by chronic inflammation of the airways, difficulty breathing, wheezing, shortness of breath, lung filling and cough manifestations, which differ in the duration and intensity of breathing and manifest themselves in combination with variable airway obstruction [1]. Bronchial asthma is a heterogeneous disease that requires the identification of different phenotypes and an individual approach to therapy. However, despite the wide range of therapeutic measures, monitoring patients with bronchial asthma continues to be a challenge.

**Key words:** *bronchial asthma, allergies, spirometry.*

**Мақсаты:** бронх демікпесін диагностикалық тексеру әдістерінің тиімділігін талдау.

**Кіріспе.** Бүкіл әлемде бронх демікпесімен кем дегенде 348 миллион науқастар зардап шегеді [1]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының дерегі бойынша 2019 жылы демікпемен ауыратындардың саны 262 миллион адамды құрап [2], аурудан 455 000 өлім тіркелсе [2], 2022 жылы 339 миллион адам бронх демікпесіне шалдыққан. Олардың 36 миллион науқаста ауыр түрі кездеседі, 605 000 адам осы дерттен қайтыс болған.

Бронх демікпесіне тән белгілер – ысқырықты сырылдар, еңтігу, кеуденің ауаға толу сезімі және жөтел. Симптомдар уақыт пен қарқындылықта өзгермелі және көбінесе түнде немесе таңертең күшейеді. Респираторлық вирустық инфекциялар, жаттығулар, аллергиялардың әсері, ауа райының өзгерісі, спецификалық емес ирританттармен байланыс бронх демікпесінің клиникалық көріністерін тудырады [3].

Ересектерде бронх демікпесін бағалау үшін бронх демікпесі бақылау тестін (Asthma Control Test – att) және бронх демікпесі симптомдарын бақылау сауалнамасын (Asthma Control Questionnaire-ACQ-5) қолдану ұсынылады [4-6].

Бронх демікпесіне күдікті барлық науқастарда тыныс алу жолдарының бітелуінің ауырлығын анықтау және бағалау үшін бастапқы зерттеу ретінде спирометрияны қолдану ұсынылады [3, 7-9].

**Материалдар мен әдістер.** Бронх демікпесін диагностикалау мақсатында стандартты спирометрия және қосымша аспаптық зерттеу әдістерін қарастырдық.

**Зерттеу нәтижелері.** Спирометрия әдісімен терең тыныс алып дем шығарған кезіндегі өкпедегі ауаның көлемін (өкпенің форсирленген өмірлік көлемі – форсированная жизненная емкость легких ФЖЕЛ), 1 секунд ішінде форсирленген тыныс шығару кезіндегі шығарылған ауаның көлемін (объем форсированного выдоха за 1 секунду-ОФВ1) анықтауға көмектеседі. Осы екі өлшемнің қатынасын анықтау (ОФВ1/ФЖЕЛ) маңызды болып саналады немесе көп жағдайда 1 секунд ішінде форсирленген тыныс шығару кезіндегі шығарылған ауаның көлемінің (ОФВ1) өкпенің өмірлік көлеміне (жизненная емкость легких-ЖЕЛ) қатынасын анықтау арқылы да бронх обструкциясының дәрежесін көрсетуге болады.

Бронх демікпесімен ауыратын барлық науқастарда обструкцияның қайтымдылық дәрежесін анықтау үшін бронхты кеңейтетін дәрілер қолдана отырып бронходилатациялық тест жүргізу ұсынылады (тыныс алу жолдарының құрылымдық аурулары туралы емдеуге арналған препараттар) [10, 11].

Бронх демікпесінің клиникалық белгілері бар науқастарда спирометрия немесе қосымша диагностикалық сынақтар жүргізуге мүмкіндік болмаған жағдайда кем дегенде 2 апта бойы орындалған тыныс шығарудың жоғары жылдамдығын бағалау үшін тыныс шығару көлемі мен ағынын анықтауға пикфлоуметрді пайдалану ұсынылады. Пикфлоуметрия көмегімен ауа ағынының өзгермелі жылдамдығын растауға болады [8, 12, 13].

Өкпе плетизмографиясы (жалпы плетизмография) — қарқынды қолданылатын өкпенің функционалдық белсенділігін өлшеу әдісі. Оның көмегімен альвеолярлық қысымды, өкпедегі ауаның қалдық және жалпы көлемін анықтауға болады.

Соңғы жылдары тыныс шығару функциясын зерттеудің жаңа әдісі импульстік осциллометрия қолданыла бастады, бұл қарапайым және жылдам әдіс, өздігінен тыныс алу кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін бағалауға мүмкіндік береді. Бұл әдісті қолданған кезде «нұсқаулықпен дем алудың» қажеті жоқ.

Импульстік осциллометрия (ИОМ) – тыныс алуды зерттейтін диагностиканың инновациялық әдісі. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА), бронх демікпесі кезінде тыныс алудың түрін бағалайтын альтернативті тәсілдің бірі болып табылады, себебі өкпе тінінің инерциялық және эластикалық қасиетінің өзгерісін (өкпе фиброзы, гиперинфляция) анықтап, ӨСОА, бронх демікпесінің ерте диагностикалауға көмектеседі [14].

**Қорытынды.** Қорыта келгенде, бронх демікпесін ерте анықтауға стандартты спирографиядан бөлек импульстік осциллометрия, плетизмография өте тиімді әрі аурудың зақымдану дәрежесін анықтауға ықпал тигізеді. Бұл әдістер қарқынды түрде қолданысқа ие болса, бронх демікпесінің басталу сатысында анықтауға, ерте емдік шаралар қолдануға, сондай-ақ асқынулардың алдын алуға, өмір сүру жылы мен сапасын арттыруға септігін тигізеді.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2018. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>
2. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22
3. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2018. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>

4. O'Byrne P.M., Reddel H.K., Eriksson G. et al. Measuring asthma control: a comparison of three classification systems. *Eur. Respir. J.* 2010; 36 (2): 269–276. DOI: 10.1183/09031936.00124009.
5. Thomas M., Kay S., Pike J. et al. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Prim. Care Respir. J.* 2009; 18 (1): 41–49. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00010.
6. Juniper E.F., Svensson K., Mörk A.C., Ståhl E. Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire. *Respir. Med.* 2005; 99 (5): 553–558. DOI: 10.1016/j.rmed.2004.10.008.
7. Miller M.R., Hankinson J., Brusasco V. et al. Standardisation of spirometry. *Eur. Respir. J.* 2005; 26 (2): 319–338. DOI: 10.1183/09031936.05.00034805.
8. Levy M.L., Quanjer P.H., Booker R. et al. Diagnostic spirometry in primary care: Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim. Care Respir. J.* 2009; 18 (3): 130–147. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00054.
9. Российское респираторное общество. Методические рекомендации по использованию метода спирометрии. М.; 2016. Доступно на: <http://www.spulmo.ru> / Russian Respiratory Society. [Guidelines for the use of spirometry methods]. Moscow; 2016. Available at: <http://www.spulmo.ru> (in Russian)
10. Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V. et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur. Respir. J.* 2005; 26 (5): 948–968. DOI: 10.1183/09031936.05.00035205.
11. Tan W.C., Vollmer W.M., Lamprecht B. et al. Worldwide patterns of bronchodilator responsiveness: results from the Burden of Obstructive Lung Disease study. *Thorax.* 2012; 67 (8): 718–726. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2011-201445.
12. Reddel H.K., Taylor D.R., Bateman E.D. et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2009; 180 (1): 59–99. DOI: 10.1164/rccm.200801-060ST.
13. Beydon N., Davis S.D., Lombardi E. et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 175 (12): 1304–1345. DOI: 10.1164/rccm.200605-642ST.
14. Савушкина О.И., Черняк А.В., Крюков Е.В., Зайце А.А., Неклюдова Г.В., Пашкова Т.Л., Импульсная осциллометрия в диагностике нарушения механики дыхания при хронической

обструктивной болезни легких. Пульмонология. 2020; 30 (3): 285-294. DOI: 10.18093/0869-0189-2020-30-3-285-294.

УДК 616.36-002

**Құрбан А.М., Бокаева С.С., Мирхадиева З.О.**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» Шымкент, Казахстан\

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ**

#### **Аннотация**

*В этой статье предоставлены важные проблемы цитомегаловирусного гепатита у детей на сегодняшний день.*

**Ключевые слова:** цитомегаловирусная инфекция, клинико-эпидемиологические аспекты, CMV-гепатит у детей.

**Құрбан А.М., Бокаева С.С., Мирхадиева З.О.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

### **БАЛАЛАРДАҒЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРОС ГЕПАТИТІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ- ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ**

**Аннотация.** Бұл мақалада бүгінгі күнге дейін балаларда цитомегаловирус гепатитінің маңызды маселелері ұсынылған.

**Кілт сөздер:** цитомегаловирус инфекциясы, клиникалық-эпидемиологиялық аспектілер, балалардағы CMV- гепатиті.

**Kurban A.M., Bokaeva S.S., Mirhadieva Z.O.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

### **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF CYTOMEGALOVIRUS HEPATITIS IN CHILDREN.**

#### **Annotation**

*This article provides important problems of cytomegalovirus hepatitis in children today.*

**Keywords:** *cytomegalovirus infection, clinical and epidemiologic aspects, CMV hepatitis in children.*

**Актуальность.** Цитомегаловирусная инфекция продолжает быть одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено ее всемирной распространенностью как среди взрослой возрастной группы, так и среди детей и новорожденных [1], долгой персистенцией вируса с развитием тяжелых генерализованных и локализованных форм течения [2] с последующей инвалидизацией и возможным смертельным исходом.

Цитомегаловирусная инфекция обладает тропностью ко всем эпителиальным клеткам, особенно к эпителию желез, включая гепатобилиарную систему и в частности печень. Ряд авторов предлагают считать цитомегаловирус непосредственно гепатотропным инфекционным агентом. При этом поражение печени может быть, как при врожденной, так и при приобретенной цитомегаловирусной инфекции [3-5].

Проблема цитомегаловирус ассоциированного гепатита (CMV – гепатит) остается нерешённой. По сей день до конца не изучены патогенез, клинические особенности течения в разных возрастных группах, частота и сроки формирования цирроза печени.

Суммируя имеющиеся данные о CMV, как об этиологическом факторе развития гепатита, необходимо подчеркнуть малоизученность данной проблемы. Вследствие чего, интерес представляет клинический случай, наглядно показывающий один из вариантов течения CMV-гепатита у детей.

Больной Б., 3 года (12.12.2017 г/р), от 2 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в сроке 39 недель, роды самостоятельные. Вес при рождении 3590гр, рост при рождении 55см. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Наследственный анамнез не отягощен. На «Д» учете не состоял. Эпидемиологический анамнез – болел ОРВИ, контакт с больными ВИЧ, гепатитами отрицает. Контакт с КВИ отрицает. Стоматологическую помощь не получал. Травм с повреждением кожных покровов не было. Оперативных и инвазивных вмешательств не было. Гемотрасфузии не проводились. Аллергологический анамнез не отягощен.

Ребенок болеет с 20 декабря 2020 года. Заболевание началось с желтушности склер, кожных покровов, вздутия живота, слабости, вялости. Желтушность кожи и склер наблюдалось в течении месяца. В связи с ухудшением состояния обратились в городскую детскую клиническую больницу, после осмотра педиатром направлены в городскую инфекционную больницу, где с получал лечение с 29.12.2020 по 03.02.2021 с диагнозом: Цитомегаловирусный гепатит. Инфекционный мононуклеоз.



За время госпитализации в ГИБ прошли обследование: КТ ОБП от 30.12.2020 – картина гепатоспленомегалии. ИФА от 04.01.2021 гепатит А, В, С, D – отрицательно. ИФА от 04.01.2021 хламидии – отрицательно, уреоплазма – отрицательно, ВПГ – отрицательно, ЦМВ IgG и IgM – положительно. ПЦР крови от 14.01.2021 ДНК ЦМВ – положительно. ИФА от 19.01.2021 ВЭБ IgG и IgM – положительно. В лечении получал нецитотект №7.

С 11.03.2021 по 26.03.2021 получал стационарное лечение с диагнозом: Цитомегаловирусный гепатит. Цирроз печени. В лечении получал ганцикловир 85мг 2 раза в день в/в №14.

С 07.04.2021 по 16.04.2021 получал стационарное лечение в Национальном научном центре хирургии им. Сызганова с диагнозом: Аутоиммунный гепатит с умеренной активностью патологического процесса (ИГА 11 баллов). Индекс фиброза 3 балла. Соотношение к METAVIR F2. Синдром портальной гипертензии. Вторичная панцитопения. Цитомегаловирусная инфекция, манифестная форма. В лечении получал ганцикловир 50мг 2 раза в день №21, нецитотект 20мл в/в №4. Проведено обследование: определение АФП от 08.04.2021 – 3,83 Ед/мл, цитологическое исследование биоптата печени от 09.04.2021 – морфологическая картина соответствует аутоиммунному гепатиту с умеренной активностью патологического процесса (ИГА 11 баллов), с пролиферацией желчных протоков, умеренным их повреждением. Индекс фиброза 3 балла. Соотношение к METAVIR F2. Согласно заключению комиссии ребенку необходима пересадка печени.

Ребенок поступает в Национальный центр педиатрии и детской хирургии для дообследования и лечения на время подбора донора (с 27.04.2021 по 18.05.2021). Жалобы при поступлении на желтушность кожных покровов и склер, вялость, слабость, дискомфорт и тяжесть в правом и левом подреберьях. Объективные данные: состояние при поступлении тяжелое, за счет метаболический нарушений, гипербилирубинемии, интоксикационного синдрома, явлений гиперспленизма. Ребенок вялый, на осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, сыпи нет. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В зеве спокойно. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 120 ударов в минуту, АД – 90/50 мм.рт.ст. Живот увеличен в размере за счет гепатоспленомегалии, мягкий, не напряжен, безболезненный при пальпации. Печень +5 см из под края реберной дуги, край плотный, острый. Селезенка +10 см из под края реберной дуги, плотная. Стул регулярный, до 2-3 раз в сутки, кашицеобразный, цвет коричневый, без патологических примесей. Поясничная область

без изменений, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторных анализов при поступлении в стационар:

ОАК – лейкоциты –  $10,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , эритроциты –  $3,54 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 84 г/л, тромбоциты –  $185 \cdot 10^9/\text{л}$ , гематокрит 28,5%, нейтрофилы – 55,6%, лимфоциты – 32,7%, моноциты – 11,7%, СОЭ – 54 мм/ч.

БХА: АЛТ – 371 ЕД/л, АСТ – 552 ЕД/л, билирубин общий – 128,5 мкмоль/л, билирубин прямой – 104,7 мкмоль/л, общий белок – 79 г/л, глюкоза – 4,74 ммоль/л, альбумин – 34 г/л, ЩФ – 634 ЕД/л, холестерин – 5,39 ммоль/л, медь – 20 мкмоль/л, креатинин – 39,6 мкмоль/л, железо – 10 мкмоль/л, мочевины – 2,1 ммоль/л, амилаза 79 ЕД/л, мочевины – 221,96 мкмоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ – 124,1 сек., ПВ – 14,7 сек, ПТИ – 63,2%, МНО – 1,27, фибриноген А – 3,39 г/л, ТВ – 17,5 сек.

ПЦР крови на ВПГ, ВЭБ, ЦМВ – отрицательно

ПЦР мочи на ВПГ – отрицательно, ВЭБ, ЦМВ – положительно.

ИФА на ANA – отрицательно, AMA – отрицательно, ANCA – положительно

РНГА на зоонозные инфекции (листериоз, иерсиниоз, бруцеллез) – отрицательно

Бак. Посев крови, кала, мочи, слюны на зоонозные инфекции – отрицательно.

УЗИ ОБП: Гепатоспленомегалия. Диффузно – очаговые изменения в паренхиме печени. Признаки портальной гипертензии. Расширение внутривенных желчных протоков. Выраженные застойные явления в желчном пузыре. Гипотония желчного пузыря. Признаки дискинезии желчевыводящих протоков.

ФЭГДС: Варикозное расширение вен нижней трети пищевода 1-2 степени.

Проведено лечение: Урсодекс 125мг 2 раза в день 22 дня, Амри-К 0,5мл в/м 1 раз в день 7 дней, Преднизолон 5мг 3 раза в день 20 дней, раствор глюкозы 5% 100мл в/в 1 раз в день 8 дней, раствор Рингера 100мл в/в 1 раз в день 8 дней, Ферровит-С 1мл 3 раза в день 17 дней, Альдарон 12,5мг 1 раз в день 9 дней, Энтеросгель 1 чайная ложка 2 раза в день 13 дней.

Результаты лабораторных исследований при выписке:

ОАК: лейкоциты –  $9,19 \cdot 10^9/\text{л}$ , эритроциты –  $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 99г/л, тромбоциты –  $114 \cdot 10^9/\text{л}$ , гематокрит – 32,7%, нейтрофилы – 42,2%, лимфоциты 43,3%, моноциты – 12,9%, СОЭ – 16 мм/ч.

БХА: АЛТ – 83 ЕД/л, АСТ – 38 ЕД/л, билирубин общий 28,7 мкмоль/л, билирубин прямой – 21,2 мкмоль/л, общий белок – 71 г/л, глюкоза 4,14 ммоль/л, ЩФ – 185 ЕД/л, альбумин – 39

г/л, креатинин – 36,7 мкмоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, ферритин – 17,2 нг/мл, железо – 6 мкмоль/л, трансферрин – 3,82 г/л.

Коагулограмма: АЧТВ – 38,7 сек., ПВ – 10,8 сек., ПТИ – 108%, МНО – 0,96, фибриноген А – 1,50 г/л, ТВ – 17,7 сек.

Состояние при выписке. Состояние ребенка с улучшением, самочувствие не страдает. Ребенок активный, на осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, сыпи нет. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В зеве спокойно. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии, мягкий, не напряжен, безболезненный при пальпации. Печень +5см из под края реберной дуги., край плотный, острый, селезенка +10см из под края реберной дуги, плотная. Стул регулярный, до 2-3 раз в сутки, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Поясничная область не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Таким образом, особенностью данного клинического случая является развитие у ребенка CMV-гепатита, протекающего в среднетяжелой форме и перешедшего в аутоиммунный гепатит с развитием цирроза печени с умеренной активностью патологического процесса. Также течение гепатита усложнило наличие вируса Эпштейна – Барра, что усилило воспалительный процесс в паренхиме печени и также повлияло на переход воспалительного процесса в аутоиммунный. На фоне проводимой терапии в динамике наблюдается улучшение, как в лабораторных показателях, так и в общей состоянии ребенка, но вследствие имеющегося цирроза печени выздоровление не было достигнуто, ребенку требуется пересадка печени с последующей реабилитацией.

**Заключение.** Подводя итог, можно отметить, что CMV-гепатит остается не до конца изученной, но при этом актуальной проблемой современной медицины, имеющий различные формы течения от манифестной до первично-хронической. Представленный клинический случай наглядно показывает, как за короткий срок манифестная форма CMV-гепатита может перейти в цирроз печени с аутоиммунным компонентом.

#### **Список литературы:**

1. Нисевич Н. И. Вирусный гепатит / В кн.: Руководство по инфекционным болезням у детей (под ред. С. Д. Носова). — М., 1980. — С. 521—551.

2. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. — 809 с.
3. Varani S. Cytomegalovirus as a hepatotropic virus / S. Varani, M. P. Landini // Clin. Lab. — 2002. — V. 48. — P. 39—44.
4. Fibrosing cholestatic hepatitis-like syndrome in hepatitis B virus-negative and hepatitis C virus-negative renal transplant recipients / E. Munoz de-Bustillo et al. // Am. J. Kidney. Dis. — 2001. — V. 38. — P. 640—645.
5. Paya C. V. Cytomegalovirus hepatitis in liver transplantations / C. V. Paya, P. E. Hermans, R. H. Wiesner // J. Infect. Dis. — 1989. — V. 160. — P. 752.

УДК 616.233-002

**Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.**

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

### **АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН ҚОСАРЛАНА ЖҮРЕТІН БРОНХИТТІҢ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

#### **Аннотация**

*Бұл мақалада атопиялық дерматиті бар ерте жастағы балаларда бронхиттың клинико-лабораторлық ерекшеліктері сипатталған.*

**Кілт сөздер:** балалар, бронхит, атопиялық дерматит, инфекция.

**Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.**

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

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИТОВ В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

#### **Аннотация**

*В статье описаны клинико-лабораторные особенности течения бронхита в сочетании с атопическим дерматитом у детей раннего возраста.*

**Ключевые слова:** дети, бронхит, атопический дерматит, инфекция.

**Atashova K.K., Kutysh A.N., Orynbasar A.S., Anas G.O.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF BRONCHITIS IN COMBINATION WITH ATOPIC

### *Annatation*

*The article describes the clinical and laboratory features of the course of bronchitis in combination with atopic dermatitis in young children.*

**Key words:** *children, bronchitis, atopic dermatitis, infection.*

**Өзектілігі.** Жедел бронхит 5 жасқа дейінгі балаларда жиі кездесетін инфекциялардың бірі [1,2]. Оның клиникалық көрінісі мен асқынулары туралы көптеген зерттеулер нәтижесі әдеби шолу мен бірнеше елдердегі клиникалық тәжірибелік нұсқауларға енгізілген [3]. Вирустық қоздырғыштар, әсіресе респираторлық синцитиальды вирус және риновирустар ауыр эпизодтардың дамуының жетекші агенттері болып саналады, бірақ басқа патогенді қоздырғыштар да маңызды рөл атқарады [4]. Соңғы жылдары аллергия патологияның тұрақты өсуі де аурудың дамуын күшейтіп отыр. Жер бетінде 40% жуық адам аллергиялық аурулармен ауырады. Статистикалық мәліметтерге сәйкес, Қазақстан Республикасында балалар арасында тыныс алу жолдарының аурулары барлық аурулар арасында бірінші орында (0-14 жас аралығындағы балалар арасында 39,4% және 15-17 жаста 30,8%).

**Материалдар мен әдістер.** Балалардағы бронхиттің 35 жағдайы емханада ем қабылдаған науқастарды тексеру және бақылау арқылы зерттелді. Атопиялық дерматитпен ауыратын балалардағы бронх-өкпе патологиясымен сырқаттанушылықты талдау үшін 2022 жылы Шымкент қаласының 8-ші қалалық емханасының мұрағат материалдарына, ауру тарихына ретроспективті талдау жасалды. Зерттеу кезінде соматикалық аурулардың болуы туралы деректер, клиникалық, зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ескерілді.

**Зерттеу нәтижелері.** Зерттеуге бронхитпен ауыратын 35 науқас қатысты. Барлық тексерілген балалар екі топқа бөлінді: I топ атопиялық дерматитпен қосарланған бронхитпен ауыратын науқастар (негізгі топ) және II топқа (бақылау тобына) аллергиялық анамнезі жоқ жедел бронхитпен ауыратын 23 бала кірді. Топтардағы балалардың орташа жасы 0-ден 5 жасқа дейін. Тексеру барысында 1 жастан 5 жасқа дейінгі балалардың 24%-ы жедел бронхитпен ауыратыны анықталды, бұл 2 айға дейінгі және 2 айдан 11 айға дейінгі балаларға қарағанда 3,1 есе жоғары. Бронхитпен ауыратындар арасында қыздар 56,3%, ұлдар 43,7% құрайды. Дене салмағы бойынша 2 айға дейінгі балалардың 71%, 2 айдан 11 айға дейін - 74% дене салмағы жасына сай екендігі анықталды. Балаларда дене салмағының төмендігі 2 айға дейінгі балалардың - 28,5%, 2 айдан 11 айға дейінгі балалардың - 12,9% және 1 жастан 5 жасқа дейінгі -

20% анықталды. Артық салмақ 2 айдан 11 айға дейінгі және 1 жастан 5 жасқа дейінгі балалар арасында, сәйкесінше 12,9% және 29,2% құрады. Семіздік 1 жастан 5 жасқа дейінгі ауру балалар тобында – 7,7% жағдайда байқалды. 32 балада (91,4%) бронхит ЖРВИ фонында дамығаны анықталды. 3 науқаста (8,6%) ауру жоғарғы тыныс жолдарының катаральды ауруымен қатар жүрмеген. Балалар аурудың алғашқы белгілері басталған сәттен бастап дәрігер қабылдауында болған. Клиникалық және анамнестикалық көрсеткіштерін зерттей отырып, атопиялық дерматиттің даму ерекшеліктерін және байланысын анықтауға болады. Бронхиттің клиникалық ерекшеліктерін талдау барысында бақылау тобындағы балаларда ылғалды жөтел айтарлықтай жиі байқалатыны анықталды – 81,2%, ал атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда негізінен құрғақ жөтел басымдық болған (18,7%). Температура индикаторына келетін болсақ, бақылау тобына қатысты айтарлықтай айырмашылықтар байқалмады. Аурудың ұзақтығы бойынша атопиялық дерматитті бар бронхитпен ауыратын балаларда аурудың көрінісі бақылау тобына қарағанда 3-4 күнге ұзағырақ болған. Гемограмманы талдауда жалпы лейкоциттердің және оның таяқша, сегментті формаларының орташа мәндері қалыпты мәндерде болғаны анықталды. Лимфоциттердің 2,3%-ға дейін орташа өсуі ғана байқалды. С-реактивті белок атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балалар арасында (9,6 мг/л) айқын басымдықпен байқалды. Жалпы IgE атопиялық дерматитті бар бронхитпен ауырған балалар тобында, бақылау тобымен салыстырғанда 2,3 есе жоғары болды.

**Қорытынды.** Аурудың нәтижелерін талдауымыз көрсеткендей, атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын науқастардың көпшілігі 12-13 күн ішінде жақсарып, ауру толық жазылумен аяқталды. Аурудың «асқынуы» және емделу үшін стационарға жатқызу қажеттілігі бар жағдайлар болған жоқ. Бронхиттің клиникалық белгілерін талдауда бақылау тобындағы балаларда ылғалды жөтел айтарлықтай жиі байқалатынын көрсетті, ал құрғақ жөтел атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда айтарлықтай басымдықпен анықталды. Температура индикаторына келетін болсақ, бақылау тобына қатысты айтарлықтай айырмашылықтар байқалмады. Емделу ұзақтығы бойынша атопиялық дерматиті бар бронхитпен ауыратын балаларда ем қабылдау уақыты да ұзағырақ өтетіндігі анықталды. Клиникалық тәжірибе көрсеткендей, бронхит салыстырмалы түрде ұзақ ағыммен және патогенезінде обструктивті компоненттің басым болуымен және, атопиялық дерматиті бар балалар арасында еңтігудің болуымен бірге жүреді. Атопиялық дерматит фонында балалардағы бронхит ағымының клиникалық және функционалдық ерекшеліктерін зерттеу ілеспе аллергиялық патологияның жедел инфекциялық процестің ағымын ауырлататынын көрсетті, бұл клиникалық және зертханалық деректермен расталады.

**Қолданылған әдебиеттер.**

1. Ruffles TJC, Marchant JM, Masters IB, Yerkovich ST, Wurzel DF, Gibson PG, Busch G, Baines KJ, Simpson JL, Smith-Vaughan HC, Pizzutto SJ, Buntain HM, Hodge G, Hodge S, Upham JW, Chang AB. Outcomes of protracted bacterial bronchitis in children: A 5-year prospective cohort study. *Respirology*. 2021 Mar;26(3):241-248.
2. Заболевания органов дыхания у детей. Практическое руководство по детским болезням. Под редакцией Блохина Б.М. М: Медпрактика – М; 2019. с. 616.
3. Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Алексеева О.В. Вирусный и рецидивирующий круп у детей. *Медицинский совет*. 100-105.
4. Мизерницкий Ю.Л. Эффективность и безопасность сухого экстракта плюща в терапии бронхитов у детей (по результатам наблюдательного исследования ProSpigo) *Педиатрия*. 2019; 98(2): 18-27.

УДК 616-008

**Мирзакен Б.П., Омаркулова Л.Қ., Турарбаев Д.Т., Анарбаева Н.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ Шымкент, Қазақстан

**БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ НУТРИТИВТІ СТАТУСЫН БАҒАЛАУДЫҢ  
ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ**

***Аннотация***

*Бұл мақалада ерте жастағы балалардың тамақтануын бағалайтын заманауи әдістер сипатталған.*

***Кілт сөздер:*** ерте жастағы балалар, нутритивті статус, семіздік, тамақтанудың жеткіліксіздігі.

**Мирзакен Б.П., Омаркулова Л.Қ., Турарбаев Д.Т., Анарбаева Н.**

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

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА  
ДЕТЕЙ ДО ГОДА**

***Аннотация***

*В статье описаны современные методы оценки питания детей раннего возраста.*

*Ключевые слова: дети раннего возраста, нутритивный статус, ожирение, недостаточность питания*

**Mirzaken B.P., Omarkulova L.K., Turarbaev D.T., Anarbaeva N.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**MODERN METHODS FOR ASSESSING NUTRITIONAL STATUS CHILDREN  
UNDER ONE YEAR OF ONE**

***Annotation***

*The article describes modern methods for assessing the nutrition of young children*

***Key words:*** *young children, nutritional status, obesity malnutrition*

**Кіріспе.** Бала өмірінің ерте жасынан бастап дұрыс тағайындалған тамақтану, физикалық, психикалық дамудың қалыпты болуымен, ұзақ мерзімді денсаулықты қамтамасыз етуде маңызды рөл атқарады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының

2015 жылы қабылданған ананы, нәрестені және жас баланы тамақтандыру жөніндегі кешенді іс-шаралар жоспары салмағы төмен туылған, бойы нашар өсетін балалардың санын азайтуға, дұрыс тамақтанбау мен семіздікке жол бермеуге бағытталған [1].

**Негізгі бөлім.** Бала өмірінің бірінші жылы қарқынды өсу мен дамумен сипатталады. Осылайша, туылғаннан 5-6 айға дейінгі кезеңде баланың салмағы екі есе артады, бір жасқа дейін бойы 25 см-ге, ал бас шеңбері 12,5 см-ге өседі. Дене салмағының (ДС) және ұзындығының ең үлкен өсуі туылғаннан кейінгі алғашқы 3 айда байқалады, өмірінің бірінші жылында біртіндеп төмендейді. Баланың жасына сай өсуі мен дамуы дұрыс тамақтанудың көрсеткіші болып табылады. Дені сау анадан туған, өмірінің алғашқы күндерінен бастап дұрыс тамақтанатын және дені сау ортада тәрбиеленетін балалардың өсуі мен дамуы үшін қолайлы жағдай жасауды іске асыруға барлық мүмкіндіктер бар [3]. Осы «критикалық» кезеңде дұрыс емес (жеткіліксіз немесе шамадан тыс) тамақтану баланың болашақта және ересек жасында денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін, бұл когнитивті бұзылыстардың, семіздіктің және жүрек-қан тамырлары ауруларының даму қаупіне әкеледі [3, 4].

Осыған байланысты, өмірдің бірінші жылындағы балалардың тамақтану жағдайын (ТЖ) бағалау, тамақтану бұзылыстарын ерте анықтауға, оларды түзетуге және қабылданған шаралардың тиімділігін талдауға бағытталған маңызды құралға айналады. Тамақтану жағдайы – қоректік заттарды қабылдау мен пайдаланудың әсерін көрсететін баланың тамақтануы мен



денсаулығының күйі. Балалардағы ТЖ бағалау үшін баланың даму тарихынан алынған деректер, физикалық тексеру және антропометриялық өлшеулер, нақты тамақтану деректері, биохимиялық көрсеткіштер, сондай-ақ дене тіндерінің құрамын талдау қолданылады. Кез келген ауру болған кезде оның жүйке жүйесіне әсер ету дәрежесін ескеру қажет. Анамнезді жинау кезінде баланың гестациялық жасы және оның туған кездегі салмағы мен бойының параметрлері, олардың динамикасы, конституциялық сипаттамалары (ата-анасының антропометриялық көрсеткіштерін қоса алғанда), тамақтандыру сипаты, регургитация, құсу және диареяның болуы туралы мәліметтер қажет. және зәр шығару жиілігі [1,4].

Физикалық тексерудің негізгі мақсаты – қоректік заттардың жетіспеушілігін немесе артық салмақ белгілерін анықтау: теріні, шашты, тырнақты, сүйектерді, тістерді және ауыз қуысын мұқият тексеру; витаминдер мен минералдардың жетіспеушілігінің белгілерінің болуы. Клиникалық мәліметтерді бағалау кезінде тіндердің тургоры, терінің серпімділігі, ісінудің болуы, қан айналымы бұзылыстарының белгілері (аяқ-қолдар суық, пульс әлсіз және т.б.), дене температурасы (төмен немесе қызба) есепке алынады [2]. Антропометриялық әдістер баланың жүйке жүйесін бағалаудың негізі болып табылады. Өмірдің бірінші жылында ай сайын ұзындық пен дене салмағы, бас шеңбері, иық шеңбері, үшбасты бұлшықет және бұғана асты аймағындағы тері қатпарлары өлшенеді. Балаларды киімсіз және жаялықсыз таразыда өлшейді. 2 жасқа дейінгі балалар үшін көлденең ростамер көмегімен дене ұзындығы (жатқан күйде) өлшенеді [1,2].

Антропометриялық көрсеткіштерді «ДДҰ белгілеген балалар бой ұзындығының нормасы» өлшемдері бойынша бағалайды. Оларға негізгі индекстер: жасына сай ДС, бойы (ұзындығы), бой үшін ДС (дене ұзындығы), жасына сай дене салмағының индексі (ДСИ) сондай-ақ бас және иық шеңбері, жас және жыныс бойынша трицепс және жауырын асты тері қатпарының қалыңдығы [3,4] жатады. Тамақтану жағдайын бағалау үшін антропометриялық көрсеткіштер, тері қатпарының қалыңдығы (трицепс үстінде жауырын асты) және иықтың ортаңғы үштен бір бөлігінің шеңбері маңызды болып табылады. Клиникалық тәжірибедегі ең жиі трицепс үстінен тері қатпарын арнайы құрал – калиперамен тері қатпарын өлшейді.

Иық шеңберін акромион мен шынтақ өсіндісінің арасындағы ара қашықтықты жұмсақ лента көмегімен өлшейді. Бұл индикатор балаларда тамақтану жеткіліксіздігі кезінде айтарлықтай төмендейді, артық дене салмағы бар балаларда жоғары болады. Нақты тамақтануды зерттеу адекватты тамақтану және тамақтанудың жеткіліксіздігі мен артық салмақтың болуы тәрізді нутритивті статус (НС) бұзылыстарын бағалауда маңызды рөл атқарады. Клиникалық тәжірибеде тамақтануды 24-сағат бақылау әдісі жиі қолданылады [3].

Ата - ана бұл әдіс бойынша баласының, тамақтану реттілігін, ана сүтінің және сүт қоспаларының көлемін, қосымша тамақ құрамы мен оның көлемін көрсететін нақты тамақтануын күнделігін жүргізеді. Қолданылатын тағам мөлшерін бағалауды дәрігер-диетолог жүргізеді.

Зертханалық әдістер тамақтану жеткіліксіздігі диагнозын растауға және оның ауырлығын анықтауға, сондай-ақ ақуыздың висцеральды қорын, организмнің витаминдер мен минералды заттармен қамтамасыз етілуін, тамақтану жағдайына метаболикалық бағалау жүргізуге мүмкіндік береді. Тамақтану статусын бағалауға және ерте жаста темір жетіспеушілігінен дамиды анемияны анықтауға кеңінен таралған, әрі қолжетімді әдіс – автоматты гемоанализаторда орындалған жалпы қан анализі жатады.

Гемоглобиннің концентрациясының 110г/л төмен, эритроциттердің орташа көлемі 70 fL (микроцитоз) төмен, эритроцит ішіндегі гемоглобин 27 пг (гипохромия) төмен және эритроциттер ішінде гемоглобиннің орташа концентрациясы 260 г/л төмен болуы теміртапшылықты анемияның (ТТА) дамығандығын көрсетеді. Организмнің темірмен қамтылғандығын және ТТА нақтылау үшін сарысуағы ферритин (СФ) концентрациясын анықтау қажет. Оның төменгі мөлшері жаңа туылған балаларда 30 нг/мл құрайды [1]. НС бағалауда вегетариан аналардан туылған табиғи жолмен тамақтанатын бір жасқа дейінгі балаларға көп көңіл бөлу керек. Оларда В12 дәруменінің тапшылығы байқалады. Ол негізінен анасының веганды диетаға байланысты, кей жағдайларда дұрыс тамақтанбау, әлеуметтік-экономикалық статусының төмен болуымен де байланысты. В12 дәруменінің жеткіліксіздігі қан түзу, моторлы және психикалық, сөйлеу қабілетінің дамуына әсерін тигізеді. Бұл дәруменнің жеткіліксіздігін неврологиялық бұзылыстары, дамуында тежелуі, гипотониясы бар әрбір нәрестеде анықтау қажет [3,4]. Балаларда ақуыз жетіспеушілігі кезінде олардың концентрациясы төмендейді. Ақуыз алмасуын және тамақтану статусын бағалайтын көрсеткішке зәр қышқылы экскрециясының көрсеткіші де жатады. Тамақтану жағдайын бағалауда тіннің құрамына талдау жасау нутритивті қолдаудың тиімділігін бақылауда маңызды құрал болып табылады. Қазіргі таңда көптеген мемлекеттерде РЕА РОD (Cosmed, Италия) аппаратымен ауалы плетизмография әдісі қолданылады. Бұл әдіспен дене салмағы 1000 гр-нан 8000 гр-ға дейінгі балаларда майсыз массаны, майлы массаны және тіндегі майдың салыстырмалы мөлшерін анықтайды [2,3].

**Қорытынды.** Дені сау және науқас балаларда нутритивті статусты заманауи әдістермен кешенді бағалау тамақтану бұзылыстарының даму мүмкіндігінің алдын алуды ғана емес, сондай-ақ диеталардың тиімділігін бақылауға да мүмкіндік береді.

### Әдебиеттер тізімі

1. Детское питание. Руководство для врачей, 4-е изд. / Под ред В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. М.: МИА, 2019. 784 с
2. United Nations Children’s Fund. (2019). The State of the World’s Children 2019. Children, food and nutrition: Growing well in a changing world. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-12/SOWC-2019.pdf>
3. United Nations Children’s Fund, World Health Organization, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2020). Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1273507/retrieve>
4. Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. Lancet (London, England), 395(10217), 65–74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32497-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3)

УДК 616.24-008.4

**Мұртаза Д.С., Жұмаев Б.Б., Төлебай Б.С., Әбдіхан А.Қ.**

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

## **БАЛАЛАРДА ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЕМІНДЕ ЭРГОФЕРОН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ**

### **Аннотация**

*Бұл мақалада балаларда эргоферон препаратының сұйық формасын жедел респираторлы инфекция кезінде қолданудың тиімділігі сипатталған.*

**Кілт сөздер:** *ерте жастағы балалар, жедел респираторлы инфекция, аурушаңдық, эргоферон.*

**Муртаза Д.С., Жумаев Б.Б., Төлебай Б.С., Абдихан А.Қ.**

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

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭРГОФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

### **Аннотация**

*В данной статье описаны эффективность применения эргоферона в жидком виде у детей при лечении острых респираторных инфекций.*

**Ключевые слова:** *дети раннего возраста, острая респираторная инфекция, заболеваемость, эргоферон.*

**Murtaza D.S., Zhumaev B.B., Tolebay B.S., Abdikhan A.K.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **EFFECTIVENESS OF USE OF ERGOFERON IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN**

### ***Annotation***

*This article describes the effectiveness of using ergoferon in liquid form in children in the treatment of acute respiratory infections.*

**Keywords.** *young children, acute respiratory infection, morbidity, ergoferon.*

**Кіріспе.** Эргоферон - ЖРВИ және тұмауды емдеуге арналған препарат. Вирусқа қарсы, иммуномодуляциялық препараттарды біріктіретін дәрілік зат. Қабынуға қарсы және антигистаминдік қасиеті де бар. Препарат белсенді болып табылады, яғни оның ерекше белсенділігі бастапқы антиденелерді технологиялық өңдеу барысында шығарылады [3].

Эргоферонның интерферон жүйесіне әсері CD4 жасуша жүйесі арқылы вирусты тану процестерін белсендірумен және гистаминге тәуелді реакцияларға әсер етумен үйлесімде вирустың жойылу процесін жеделдетеді, адекватты иммунитеттің қалыптасуына ықпал етеді және ЖРВИ-дің ұзақтығы мен ауырлығын төмендетеді [1,2]

"Эрмитаж" халықаралық бақылау бағдарламасы деректері ЖРВИ және тұмауды емдеуде Эргоферонды қолданудың тиімділігін 8 мың науқаста көрсетті. Барлық жастағы ЖРВИ және тұмаумен ауыратын, сонымен қатар аллергиялық аурулары бар науқастарда эргоферонды аурудың емінде ерте немесе кеш қолданса да оның терапевтикалық әсері жоғары екендігі дәлелденді. Пациенттердің жартысында Эргоферонды қолдану симптоматикалық терапияны қолдануды толығымен жоюға мүмкіндік берді [1].

**Зерттеу мақсаты.** Жоғарғы тыныс жолдарының жедел респираторлық инфекциялары (ЖРВИ) бар балалардағы Эргоферонның жаңа сұйық дәрілік формасының емдік тиімділігін зерттеу мақсатында препаратты пероральді ерітінді түрінде қолдану арқылы зерттеу жүргізілді.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Зерттеуге 3 жастан 18 жасқа дейінгі ЖРВИ белгілері (бас ауырсыну, қалтырау, тершеңдік, әлсіздік, бұлшықет ауруы, ұйқышылдық), мұрыннан ағу, мұрынның бітелуі, түшкіру, тамақ ауруы, дауыстың қарлығы, жөтел, кеудедегі ауырсыну) бар науқастар алынды. Негізгі топтағы пациенттер препаратты схема бойынша алғашқы тәулікте 8 рет (алғашқы 2 сағатта әрбір 30 минут сайын 1 өлшем қасықпен, қалған уақытта 3 рет бірдей аралықта) қабылдады. Екінші тәуліктен 5 күнге дейін 1 өлшем қасықпен 3 реттен қабылдады. Ал бақылау тобындағылар эргоферонды қабылдау схемасымен плацебо қабылдады. Емдеу ұзақтығы 5 күн болды. Екі топтың науқастарына көрсеткіштері бойынша антипиретикалық препараттарды, жөтелді емдеуге арналған препараттарды, вазоконстрикторлы мұрын тамшыларын қабылдауға рұқсат етілді.

Бақылаудың 1-ші, 3-ші және 6-шы күндері терапияның тиімділігін және қауіпсіздігін бағалау үшін пациенттердің күнделігінен алынған мәліметтер (температура мәндері, ЖРИ симптомдары), сондай-ақ зертханалық зерттеулер қорытындылары бағаланды. Емнің тиімділігі ретінде 2-ші, 3-ші, 4-ші күндері ЖРИ симптомдары басылған пациенттер есепке алынды. Аурудың 2-ші, 3-ші, 4-ші және 5-ші күндері қызбаның динамикасын, дене температурасы қалыпты пациенттердің үлесін, ЖРВИ негізгі белгілерінің ұзақтығын; ЖРВИ ағымының ауырлығын; антипиретикалық препараттарды қабылдау санын; аурудың ағымы нашарлаған пациенттердің үлесі бағаланды.

Зерттеуге әртүрлі жастағы 72 пациент қатысты. Олардың 22% 3 жастан асқан және одан кіші балалар, 40% - 6–12 жастан асқан балалар, 38%– 12 жастан 18 жасқа дейінгі балалар болды. Балалар екі топқа бөлінді 37 бала эргоферон қабылдайтын, 35 бала плацебо қабылдайтын болып. Саны бойынша қатар жүретін аурулары бар науқастар санының (27 эргоферон тобының пациенттері және топтың 28-і плацебо) екі топтада айырмашылығы болмады. Олардың көпшілігінде 1-2 қосалқы диагноз болса, кейбір пациенттерде – 3 және одан да көп қосалқы диагноз анықталды. 7,2% пациентте тыныс алу органдарының аурулары (тонзиллит, аденоидит, аденоидты аурулар) және аллергиялық аурулар (аллергиялық ринит, поллиноз, бронх демікпесі) тіркелген. Ас қорыту органдарының аурулары (6,6%), көру бұзылыстары (3,3%), тірек-қимыл жүйесінің патологиясы (2,6%), қан айналымы жүйесінің туа біткен ауытқулары (2,6%), зәр шығару жүйесінің патологиясы (1,3%) жағдайда анықталды.

**Нәтижелер мен талқылау.** Аурудың 2-ші, 3-ші және 4-ші күндері ЖРИ симптомдары басылған пациенттер саны эргоферон қабылдаған және плацебо тобындағыларда сәйкесінше 44 және 34% құрады. Эргоферон қабылдаған топтағы пациенттерде дене температурасының өзгеруі 2-ші күні таңертең  $-0,9 \pm 0,5$  С құраса, плацебо тобында  $-0,7 \pm 0,5$  С, 3-ші күні таңертең – -

1,5±0,5 С және -1,3±0,49 С сәйкесінше болды, солай әр күнгі температура сәйкесінше өзгеріп отырды. Қызбаның жақсы динамикасы антипиретикалық препараттарды екі топта бірдей қабылдағанына қарамастан Эргоферон қабылдаған топта айқын байқалды. Жалпы ЖРИ-дің барлық симптомдары Эргоферон қабылдаған топта плацебоға қарағанда қысқа мерзімде жойылды. Эргоферонмен емделген пациенттерде аурудың ұзақтығы 86-90 сағатты құрады. Зерттеу барысында ешқандай пациентте жағдайдың нашарлауы, ауруханаға жатқызу жағдайлары байқалмады. Барлық пациенттерде ЖРИ толық айығумен аяқталды.

Талқылау. Бұл зерттеу Эргоферонның сұйық формасының балалардағы, әсіресе ерте жастағы балалардағы ЖРИ кезінде тиімділігін дәлелдеді. Эргоферонның тиімділігі қызба мен ЖРИ-дің жалпы симптомдарының тез қайтуымен сипатталды. Эргоферон қабылдаған топ науқастарында дене температурасы тез қалыпқа келіп, бас және бұлшық ет ауруы да тез қайтқандығы байқалды. Сонымен Эргоферон басым жағдайда дене температурасының қысқа мерзім ішінде қалпына келіп, ЖРИ-дің ағымын жеңілдетіп, аурудан плацебо тобына қарағанда көп жағдайда тез айығуына (3 тәулікте) әкелетіні дәлелденді. Эргоферонмен ем жүргізілгенде аурудың асқынулары болмағандығы байқалды. Эргоферонның қосымша кері әсері де пациенттерде анықталмады. Эргоферонның сұйық түрі ерте жастағы балаларда қолдануға өте ыңғайлы, әрі тиімді екені дәлелденді.

**Қорытынды.** Эргоферонның сұйық дәрілік түрі, балаларға арнайы әзірленген, ЖРИ тиімді және қауіпсіз емдеуді қамтамасыз етеді, балалардың қалпына келуін тездетуге көмектеседі, дене температурасын қалыпты мәндерге дейін тез төмендетеді, балалардағы тыныс алу жолындағы жедел инфекциялық-қабыну процесінің жеңіл ағымын қамтамасыз етеді. Басқа дәрілік препараттармен үйлесімді.

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Геппе Н.А., Козлова Л.В., Горелов А.В., Кондюрина Е.Г., Малахов А.Б., Елкина Т.Н., Грибанова О.А. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика: клиническое руководство. М.: МедКом-Про, 2019.

2. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией – разработаны и рекомендованы Союзом педиатров России. Главный редактор академик РАМН и РАН А.А. Баранов. 2019. <http://cr.rosminzdrav.ru>

3. Эпштейн О.И. Релиз-активность (современный взгляд на гомеопатию и негомеопатию). М.: Издательство РАМН, 2019.

УДК 613:178.8

**Мұсылман А.Б., Шайзадаева А.А.**

«Ш.Уалиханов атындағы Көкшетау университеті» КеАҚ, Көкшетау, Қазақстан

**«МЕТАДОНДЫҚ ТЕРАПИЯ» БАҒДАРЛАМАСЫН ӘЗІРЛЕУДІ ЖАҚСARTУ  
ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚР МЕН ТМД ӨНІРЛЕРІНДЕ АИТВ-НЫҢ АЛДЫН АЛУ КЕЗІНДЕГІ  
ТИІМДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ**

**Аннотация**

*Бұл мақалада «Метадондық терапияның» бағдарламасын әзірлеудің жақсартудың нәтижелері көрсетілген*

*Кілт сөздер: опиод, метадон, АИТВ инфекциясы, есірткіге тәуелділік, алмастырушы терапия*

**Мусылман А.Б., Шайзадаева А.А.**

АО «Кокшетауский университет имени Ш.Уалиханова», Кокшетау, Казахстан

**УЛУЧШЕНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ «МЕТАДОНОВАЯ ТЕРАПИЯ» И  
ИЗУЧЕНИЕ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ В РЕГИОНАХ РК И  
СНГ**

**Аннотация**

*В данной статье представлены результаты разработки программы "метадоновая терапия".*

*Ключевые слова: опиоиды, метадон, ВИЧ-инфекция, наркотическая зависимость, заместительная терапия*

**Musylman A.B., Shayzadayeva A.A.**

JSC "Kokshetau University named after Sh.Ualikhanov", Kokshetau, Kazakhstan

**IMPROVING THE DEVELOPMENT OF THE «METHADONE THERAPY»  
PROGRAM AND STUDYING ITS EFFECTIVENESS IN HIV PREVENTION IN THE  
REGIONS OF KAZAKHSTAN AND THE CIS**

**Annotation**

*This article presents the results of the development of the methadone therapy program*

**Keywords:** *opioids, methadone, HIV infection, drug addiction, substitution therapy*

**Өзектілігі.** Қазіргі таңда есірткіге қарсы жұмыстардың жүргізілуіне қарамастан, оны тұтынушылар деңгейі төмендеуін байқау қиынға соқтырып тұр. Опиоидқа тәуелділік-бұл күрделі жағдай, ол жиі ұзақ мерзімді емдеу және күтімді қажет етеді. АИТВ инфекциясының таралуында опиодтарды инфекцияны жұқтырған құралдармен ензізу арқылы себеп болады. Соны азайту мақсатында, Дүниежүзлік Денсаулық сақтау ұйымы Метадон терапиясын қолдануды ұсынған. Метадон терапиясы немесе ғылыми түрде опиоидты агонистерді қолдау терапиясы– бұл героинге тәуелділікті емдеуде қолданылатын және есірткіні пайдалануды азайтуға көмектесетін ұзақ мерзімді алмастыру терапиясы. Терапия опиоидты тәуелділігі бар науқасқа метадонды (немесе бупренорфинді) ұзақ уақыт ішуге арналған медициналық тағайындау болып табылады. Сонымен қатар, медицина қызметкерлерінің бақылауымен және қатаң тексерілген дозада. Кейбір зерттеушілердің пікірінше, бұл әдіс есірткіге тәуелділерге есірткімен "байлауға" тырысқанда жағымсыз белгілерді жоюға көмектеседі.

Бүгінгі таңда МТ Еуропалық Одақтың көптеген елдерінде, АҚШ, Канада, ҚХР, Австралия, Грузия, Иран, Малайзия, Үндістан, Вьетнам, Шығыс Еуропа, Балтық жағалауы, ТМД елдерінде (Әзірбайжан, Армения, Беларусь, Қырғызстан, Молдова, Украина, Тәжікстан) белсенді қолданылады. Бұл әдіс пациенттердің өздері мен олардың отбасылары үшін де, жалпы қоғам үшін де опиоидқа тәуелділікке байланысты жоғары шығындарды азайтуға мүмкіндік береді – негізінен героинді тұтынуды азайту, онымен байланысты өлімге әкелетін дозаланғанда және құқық бұзушылықтар санын азайту және АИТВ жұқтыру қаупін азайту арқылы.

**Мақсаты.** Қазақстан Республикасында қолдаушы алмастырушы терапияны жалғастырудың орындылығы туралы шешім қабылдау үшін деректерге талдау, халықаралық практика тәжірибесін және Ұлттық практикалық тәжірибені зерделеу жүргізу.

**Материал мен әдістер.** Екіншілік зерттеу әдісі: интервью (сұхбат алушы- Мұсылман А.Б., респондент- Ақмола облыстық психикалық денсаулық орталығының дәрігері нарколог).

**Зерттеу нәтижелері.** Зерттеу деректерін бағалау бойынша пилоттық жобаның нәтижелері оң нәтиже көрсетті:

1) тәуекел мінез-құлқының 10 еседен астам төмендеуі байқалады (АИТВ-ны инъекциялық және жыныстық жолмен жұқтыру бөлігінде, атап айтқанда, жалпы инелерді пайдаланбау, тұрақсыз қорғалмаған жыныстық байланыстардың төмендеуі);

2) МТ-дағы адамдардың қылмыстық мінез-құлқының 10 еседен астам төмендеуі (тіркелген қылмыстар санының төмендеуі) тіркеледі;



3) есірткі құралдарын Қылмыстық жолмен сатып алуға экономикалық ауыртпалық пзт бағдарламасына кіргеннен кейін күніне 9 375 теңгеден іс жүзінде нөлге дейін төмендейді (сауалнама нәтижелері бойынша);

4) бағдарламада болған 6 ай ішінде заңсыз есірткіні пайдалану фактілерінің 86% - ға қысқаруы байқалады.

### **Қорытынды.**

1. Опиоидқа тәуелділік - бұл күрделі жағдай, ол ұзақ мерзімді емдеу және күтімді қажет етеді. Опиоидқа тәуелділігі бар адамдарды емдеудің жалғыз тиімді, барлығына эффективті емдеу әдісі жоқ. Өзгермелі реакцияларға икемді жауап беру үшін мұндай адамдардың қажеттіліктері тиісті түрде қамтамасыз етілуі керек емдеу формаларының кең спектріне қол жеткізу үшін. Алмастыратын терапияны қолдау пайдасы бар опиоидтық тәуелділігі бар адамдар оларды тұрақтандырады жалпы әл-ауқат пен әлеуметтік жағдайды жақсарту жұмыс істеуі. Алмастыру алатын адамдарда терапия, физикалық және физикалық жағынан айтарлықтай жақсаруы мүмкін. Олардың өмірінің эмоционалды жақтары, сондай-ақ қарым-қатынастары басқа адамдармен. Сонымен қатар, олардың қабілетілігін артады жақын ортаның өміріне маңызды үлес қосу және жалпы қоғамның дамуына өз үлесін қосуына себеп етеді.

2. Қазақстан Республикасында сатылатын қолдаушы алмастыру терапиясы (метадон) тиімді. Сонымен қатар, осы бағдарламаны одан әрі іске асыру Қазақстанда АТБ бағдарламаларын тиімді іске асыруға кедергі келтіретін мәселелерді белгіледі: Әр түрлі мүдделі ведомстволар, мамандар және халық үшін АТБ мәселелері бойынша ақпараттандырудың ойластырылған стратегиясы қажет; Пациенттердің АТБ кабинеттеріне қатаң бекітілуімен мәселені шешу керек, олар үшін Бағдарламаға қатысу оларды медициналық ұйымдарға жатқызу, қысқа мерзімді іссапарлар немесе АТБ іске асырылмайтын Қазақстанның өзге өңірлеріне көшу және т. б. жағдайларда объективті түрде мүмкін болмайды.

### **Әдебиеттер тізімі.**

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34554396/> 2017 Jan 20
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30684117/>
3. <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/pioneering-methadone-programme-in-dar-es-salaam-gives-hope-to-thousands>
4. Н.Б. Ережепов, А.С. Каражанова Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан

5. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36282864/> 2022 Oct 25

УДК 616.99

**Ниязметова Л.Х., Есімбекова Д.О., Ерген Б.Н.**

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

### **ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВАЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

#### ***Аннотация***

*Данное исследование показало положительные результаты вакцинации от коронавируса в группе из 120 вакцинированных. Уровень информированности о коронавирусной вакцинации различается у мужчин и женщин. Женщины больше склонны к прививкам против коронавируса, чем мужчины. Общее количество привитых женщин превышает количество привитых мужчин. Однако коронавирусной инфекцией чаще болеют женщины.*

**Ключевые слова:** вакцинация, коронавирусная инфекция, осведомленность

**Ниязметова Л.Х., Есімбекова Д.О., Ерген Б.Н.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

### **ЕКПЕНІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ ТУРАЛЫ ХАЛЫҚТЫҢ ХАБАРДАР БОЛУЫ**

#### ***Аннотация***

*Бұл зерттеу егілген 120 адамның коронавирус вакцинасы туралы хабардар болу деңгейі әртүрлі екенін көрсетті. Вакцинацияланған әйелдер жалпы саны егілген ерлерің санынан әлде қайда көбірек. Денгенмен әйелдер коронавирустық инфекциямен жиі зардап шегуі ықтимал.*

**Кілт сөздер:** вакцинация, коронавирусты инфекция, хабардарлық.

**Niyazmetova L.H., Esimbekova D.O., Ergen B.N.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

### **PUBLIC AWARENESS OF THE IMPORTANCE OF COVID-19 VACCINATION**

### **Annotation**

*This study revealed positive outcomes of COVID-19 vaccination among a group of 1200 vaccinated individuals. The level of awareness about coronavirus vaccination varies between men and women, with women exhibiting a higher inclination towards COVID-19 vaccination compared to men. The overall number of vaccinated women surpasses that of vaccinated men. However, women are more susceptible to coronavirus infection.*

**Keywords:** *vaccination, coronavirus infection, awareness*

**Актуальность:** Информирование населения о вакцинации против коронавирусной инфекции является актуальной и неотложной задачей для снижения заболеваемости этой опасной инфекции. Чтобы предотвратить эпидемическую ситуацию и снизить риски осложнений, необходимо обеспечить население доступной и объективной информацией о вакцинации. Популяризация и активное информирование о пользе и безопасности вакцины против вируса поможет формированию ответственного и осведомленного отношения к прививкам, а также повысит комплексную иммунизацию, обеспечивающую коллективный иммунитет и защиту от развития эпидемий

**Цель :**изучить эффективность вакцинации против коронавирусной инфекции.

**Задачи исследования:**

1. Определить общее количество вакцинированных лиц и разделение по полу.
2. Изучить результаты вакцинации и сравнить число зараженных вакцинированных с не вакцинированными.
3. Проанализировать различия в эффективности вакцинации между мужчинами и женщинами.

**Материалы и методы.** В 2022 году в городе Шымкент методом случайной выборки проведен опрос 120 человек. Возраст респондента: от 18 лет и старше. Количество вопросов в анкете было 10.

**Результаты и обсуждение:** Опрос проведенный в 2022 году в городе Шымкент котором приняли участие 120 человек, показал, что 8 мужчины и 12 женщин из этой выборки болели коронавирусной инфекцией. Это подтверждает, что вирус продолжает влиять на общество и приводит к заболеванию разных групп населения. Однако результаты также показывают, что 10 мужчин и 14 женщин получили вакцины против коронавируса. Эти данные указывают на то, что значительное количество людей осознают важность вакцинации и принимают меры для защиты от инфекции.

Доступность вакцин и информированность населения о их эффективности и безопасности оказывают положительное влияние на решения о вакцинации. Более того, они могут подтверждать значимость вакцинации как средства защиты от инфекции и снижения её распространения. В целом, результаты опроса свидетельствуют о том, что введение вакцинации против коронавируса является неотъемлемой частью стратегии борьбы с инфекцией и достижения коллективного иммунитета, и эти усилия могут привести к снижению заболеваемости, смертности и общей нагрузки на здравоохранение.

**Выводы:** Данное исследование показывает положительные результаты вакцинации от коронавируса в группе из 120 вакцинированных. Уровень информированности о коронавирусной вакцинации различается у мужчин и женщин. Женщины больше склонны к прививкам против коронавируса, чем мужчины. Общее количество привитых женщин превышает количество привитых мужчин. Коронавирусная инфекция затрагивает как мужчин, так и женщин, однако больше болеют женщины чем мужчины.

#### **Список литературы:**

1. World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals: Measles. Retrieved from <https://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Measles, Mumps, Rubella (MMR) Vaccination: What Everyone Should Know. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/mmr/public/index.html>
3. Smith, S., Johnson, L., & Anderson, P. (2023). Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(3), 209-216.
4. Brown, K. F., Kroll, J. S., Hudson, M. J., Ramsay, M., & Green, J. (2023). Long-term risks and benefits of MMR vaccination. *Expert Review of Vaccines*, 9(4), 365-379.

УДК 616.12-007.61

**Перекеева Ж. Б., Темирхан А.Н.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

**ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ГЛЮКОЗУРИЯ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ  
ФУНКЦИЯСЫ ЖАҚСАРУЫНЫҢ МАҢЫЗДЫ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ**

*Аннотация*

Жүрек-қан тамырлары аурулары ауруханаға жатқызу және науқастардың өлімі құрылымында бұрынғысына бірінші орында тұр. Жүрек бұлшықетінің жұмысының бұзылуының нәтижесі созылмалы жүрек жеткіліксіздігі болып табылады. Аурулардың осы тобын емдеу тәсілдерін зерттеу денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып қала береді. Әсері глюкозурияға негізделген бастапқыда 2 типті қант диабетін емдеу үшін әзірленген натрий-глюкоза котранспортының 2 типті тежегіштері (SGLT-2) соңғы жылдары жүрек-қан тамырлары қызметін жақсарту үшін қолданылатын дәрілердің ең көп зерттелген кластарының бірі болды. жүйелер.

**Кілт сөздер:** жүрек жеткіліксіздігі, лақтырудың төмен фракциясы, қант диабеті, 2 типті натрий-глюкоза котранспортер ингибиторларының әсері, дапаглифлозин.

**Перекеева Ж. Б., Темирхан А.Н.**

АО «Южно-Казакстанская медицинкая академия», Шымкент, Казахстан

## **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ГЛЮКОЗУРИЯ КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ ФАКТОРОВ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

### **Аннотация**

Сердечно-сосудистые заболевания по прежнему занимают первые места в структуре госпитализаций и смертности пациентов. Исходом нарушения функций сердечной мышцы является хроническая сердечная недостаточность. Изучение подходов к лечению этой группы заболеваний остается актуальной проблемой для здравоохранения. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2), разработанные исходно для лечения сахарного диабета 2-го типа, в основе действия которых лежит глюкозурия, последние годы являются одним из самых исследуемых классов препаратов, применяемых для улучшения функции сердечно-сосудистой системы.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность, низкая фракция выброса, сахарный диабет, эффекты ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, дапаглифлозин.

**Perekeyeva Z. B., Temirhan A. N.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **PHARMACOLOGICAL GLUCOSURIA AS ONE OF THE IMPORTANT FACTORS FOR IMPROVING THE FUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM**

### **Annotation**

*Cardiovascular diseases still occupy the first place in the structure of hospitalizations and mortality of patients. The outcome of impaired cardiac muscle function is chronic heart failure. The study of approaches to the treatment of this group of diseases remains an urgent problem for healthcare. Sodium-glucose cotransporter type 2 inhibitors (SGLT-2), originally developed for the treatment of type 2 diabetes mellitus, whose action is based on glucosuria, have in recent years been one of the most studied classes of drugs used to improve cardiovascular function. systems.*

**Keywords:** *heart failure, low ejection fraction, diabetes mellitus, effects of sodium-glucose cotransporter type 2 inhibitors, dapagliflozin*

**Кіріспе.** Бірқатар ірі ауқымды клиникалық зерттеулерде 2 типті натрий-глюкоза котранспортерінің (иНГЛТ-2) ингибиторлары - 2 типті қант диабеті (ҚД2) және анықталған жүрек-қан тамырлар аурулары немесе жүрек-қан тамырлар қауіп факторы бар науқастарда, стандартты терапияға дейінгі жүрек жеткіліксіздігі (ЖЖ) ағымының нашарлауына байланысты госпитализация және жүрек-қан тамырлар өлімі, жүрек-қан тамыр ауруларының қолайсыз нәтижелері жиілігін төмендетуде өздерінің артықшылықтарын көрсетті [1-3]. иНГЛТ-2 ҚД- не айқын тиімділігі CANVAS және DECLARE-TIMI 58 зерттеулерінде көрсетілді, онда тек анықталған жүрек - қантамыр аурулары бар науқастар ғана емес, қауіп факторлары бар науқастарда қамтылды. Осылайша, иНГЛТ-2 ҚД дамуының алдын алу мен емдеуде өз тиімділігін көрсетті. Сонымен қатар, ауруханаға госпитализациялау жиілігінің төмендеуі науқастарды зерттеуге қосқаннан кейінгі ерте кезеңдерде байқалған, яғни ИНГЛТ-2 тек қант деңгейін төмендететін ғана емес, ҚД-не әртүрлі әсер ету механизмдері бар екендігін айтуға мүмкіндік береді [4-8].

Бастапқыда, иНГЛТ-2 тобы және онда кіретін дапаглифлозин қантты төмендететін дәрілердің қатарында саналып және ҚД – 2 типін (ҚД2) емдеуде қолданылған. Гликемияны төмендетудің негізгі әсері глюкозаның зәрмен шығарылуы арқылы жүзеге асырылады [6]. Бұл әсердің негізінде глюкозаның реабсорбциясы жүретін проксимальды бұралған түтікшенің бастапқы бөлігіндегі натрий-глюкоза котранспортерінің блокадалық механизмі жатыр [7]. Осы себепті иНГЛТ-2 глюкозаның зәрмен шығарылуына ықпал етеді, ол аш қарынға және тамақтан кейінгі қан плазмасындағы глюкозаның, гликирленген гемоглобин деңгейінің төмендеуіне әкеледі, сонымен қатар инсулин секрециясының жоғарылауы мен оған тіндердің сезімталдығының артуына ықпал етеді [8].

Алайда, осы препараттардың ҚД 2 -типі бар науқастардың ауру нәтижесі мен жүрек-қан тамырлар асқынулары болжамына әсер ететіндігі көрсетілген, бірқатар зерттеулер (DECLARE-

TIMI 58, EMPA-REG, CANVAS) аяқталғаннан соң, ИНГЛТ-2 әсері глюкозуриямен шектелмейтіні айқындалды. ИНГЛТ-2 әсерін талдау кезінде жүрек-тамыр жүйесі мен бүйрекке көптеген жағымды әсерлері дәлелденді. Мәселен, проксимальды бүйрек түтікшелерінде глюкозаның реабсорбциясының баяулауымен бір мезгілде натрийдің шығарылуының жоғарылауы болады, бұл өз кезегінде диурезді арттырады [9]. Жасушадан тыс сұйықтық көлемінің төмендеуі арқылы, систолалық және диастолалық қан қысымының (АҚ) 5-6 және 1-2 мм сын.бағ. төмендеуіне ықпал етеді, сәйкесінше алдын-және кейінгіжүктемені азайтады. Мұнымен қоса, жарты жылға жуық препараттардың осы тобын қабылдаған пациенттерде дене салмағының 2,5–3 кг-ға төмендеуі байқалған [8-10]. DECLARE-TIMI 58 зерттеуінде ауыр қолайсыз жүрек-қан тамырлары оқиғалары (жүрек-қан тамырлар өлімі, миокард инфарктісі немесе ишемиялық инсульт) және тиімділіктің екі біріншілік соңғы нүктесін – ауыр қолайсыз жүрек-қан тамырлары оқиғаларын және жүрек-қан тамырлары өлімі мен ЖЖ байланысты госпитализация комбинациясы бағаланды.. Қауіпсіздікті талдау дапаглифлозиннің плацебомен салыстырғанда, ауыр қолайсыз жүрек-қан тамырлары оқиғаларына қатысты алдын ала белгіленген "нашар емес" критерийге сәйкес келетіндігін көрсетті (жоғарғы шекара 95% ДИ<1,3; p<0,001) [11-13].

DEFINE-HF (дапаглифлозиннің биомаркерлерге, симптомдарға және лактырыс фракциясы төмендеген ЖЖ бар науқастардың функционалдық жағдайына әсері) — сол жақ қарыншаның лактырыс фракциясы <40% болатын ЖЖ бар науқастарды қамтитын зерттеуші инициацияланған, көп орталықты рандомизацияланған бақыланатын сынақ. Жаңа класс II-III Йорк жүрек ассоциациясы (NYHA), шумақтық фильтрацияның болжамды жылдамдығы  $\geq 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> және натриуретикалық пептидтердің жоғарылауы. Барлығы 263 пациент дапаглифлозинді тәулігіне 10 мг дозада немесе 12 апта бойы плацебо қабылдау үшін рандомизацияланған. Қос біріншілік нәтижелер (1) Канзас-Сити кардиомиопатия сауалнамасының жалпы түйіндемесі бойынша-NT-proBNP (N-терминалды натрийуретикалық Pro B типті пептид) орташа мәні және (2)  $\geq 5$  баллдық ЖЖ-спецификалық денсаулық жағдайының жоғарылауы бар науқастардың үлесі болды, ұпай немесе NT-proBNP деңгейінің  $\geq 20\%$ ға төмендеуі. Жүрек жеткіліксіздігі және лактырыс фракциясы бар науқастарда 12 апта ішінде дапаглифлозинді қолдануы NT-proBNP орташа көрсеткішіне әсер етпеді, бірақ ЖЖ немесе натриуретикалық пептидтерге байланысты клиникалық маңызды денсаулық жағдайының арттуы байқалған науқастар саны өскен [14-15].. Дапаглифлозиннің жүрек жеткіліксіздігінің клиникалық көрсеткіштеріне қатысты артықшылықтары - 2 типті қант диабеті жоқ науқастарға таралатын сияқты. Жүрек жеткіліксіздігінің жедел декомпенсациясы бар науқастарда 2 типті натрий-глюкоза

котранспортының (SGLT-2) ингибиторларымен терапияның тиімділігі мен қауіпсіздігі эмпаглифлозинмен (EMPA-RESPONSE-AHF, Empulse, Жапондық ғалымдар тобы, Empag-HF) [5-9], сотаглифлозинмен (SOLOIST-WHF) [10] жұмысында бағаланды. Мұнымен қоса, 2022 жылы жарияланған EMPA-RESPONSE-AHF, SOLOISTWHF, EMPULSE рандомизацияланған зерттеулерінің мета-анализі, онда SGLT-2 бастамасының тиімділігі мен қауіпсіздігі сол жақ қарыншаны лақтырыс фракциясына (PV LH) және 2 типті қант диабетінің (ҚД 2) болуына немесе болмауына қарамастан СЖЖЖД пациенттерінде бағаланды. Мета анализге 1831 пациент туралы мәліметтер енгізілген. Мұндай терапия схемасы СЖЖ-ке байланысты қайта ауруханаға госпитализация қаупін азайтқан, және Канзас сауалнамасына сәйкес өмір сүру сапасының жоғарылауы байқалған. Бұл кезеңде 43 пациентте isglт – 2 дапаглифлозинге қоса стандартты СЖЖ терапиясын (ангиотензин түрлендіретін фермент ингибиторы – иАПФ/ангиотензин II – БРА рецепторларының блокаторы/ангиотензин рецепторлары және ингибитор-Арни неприлизині,  $\beta$  – блокаторлар, диуретиктер, минералокортикоидты рецепторлардың антагонистері-АМКР) қолдану қауіпсіздігін әзірлеу нәтижелері ұсынылған. Зерттеуге қосар алдында барлық науқастар ақпараттандырылған келісімге қол қойды. Барлық пациенттер дапаглифлозинді госпитализация бастапқы кезінде тұтынған (жағдай тұрақталған сәттен бастап 1-ден 3 күнге дейін). NT-probnp емдеуден кейін статистикалық тұрғыдан айтарлықтай төмендеді ( $p=0,007$ ), емдеуге дейін медиана – 3700 пг/мл (Q1–Q3: 1745-5331), кейін – 1366 пг/мл (Q1–Q3: 1025-2878). Маркердің төмендеуі пациенттердің 90% -ында байқалды [15].

**Қорытынды:** Гликемияны төмендетудің негізгі әсері глюкозаның зәрмен шығарылуы арқылы жүзеге асырылады. Қант диабетіне қарсы қолданылатын дәрілерде әсердің негізінде глюкозаның реабсорбциясы жүретін проксимальды бұралған түтікшенің бастапқы бөлігіндегі натрий-глюкоза котранспортерінің блокадалық механизмі жатыр [7]. Осы себепті иНГЛТ-2 глюкозаның зәрмен шығарылуына ықпал етеді, ол аш қарынға және тамақтан кейінгі қан плазмасындағы глюкозаның, гликирленген гемоглобин деңгейінің төмендеуіне әкеледі, сонымен қатар инсулин секрециясының жоғарылауы мен оған тіндердің сезімталдығының артуына ықпал етеді. Әдебиет шолу барысында глюкозурияның ақзаларға тиімді екенін дәлелдедік. Осы қасиеттің арқасында жоғары аталған механизмдер пайда болады сонымен қатар олар жүрек бұлшық ет және бүйрек қызметін жақсартады.

### **Әдебиеттер тізімі**

1. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2019;380:347-57. doi:10.1056/NEJMoa1812389.



2. Терещенко С.Н., Галявич А.С., Ускач Т.М., и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083 [Tereshchenko SN, Galiavich AS, Uskach TM, et al. 2020 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(11):4083 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2020-4083

3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. DOI:10.1093/eurheartj/ehab368; PMID: 34447992

4. Vasilakou D, Karagiannis T, Athanasiadou E, et al. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2013;159(4):262-74. DOI:10.7326/0003-4819-159-4-201308200-00007

5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. DOI:10.1093/eurheartj/ehab368

6. Поляков Д.С., Фомин И.В., Беленков Ю.Н., и др. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН. Кардиология. 2021;61(4):4-14 [Polyakov DS, Fomin IV, Belenkov YuN, et al. Chronic heart failure in the Russian Federation: what has changed over 20 years of follow-up? Results of the EPOCH-CHF study. Kardiologiya. 2021;61(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2021.4.n1628

7. Chioncel O, Mebazaa A, Maggioni AP, et al. ESC-EORP-HFA Heart Failure Long-Term Registry Investigators. Acute heart failure congestion and perfusion status – impact of the clinical classification on in-hospital and long-term outcomes; insights from the ESC-EORP-HFA Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2019;21(11):1338-52. DOI:10.1002/ejhf.1492 19. Chioncel O, Mebazaa A, Harjola VP, et al. ESC Heart Failure Long-Term Registry Investigators. Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2017;19(10):1242-54. DOI:10.1002/ejhf.890

8. Damman K, Beusekamp JC, Boorsma EM, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre pilot study on the effects of empagliflozin on clinical outcomes in patients with acute decompensated heart failure (EMPA-RESPONSE-AHF). Eur J Heart Fail. 2020;22(4):713-22. DOI:10.1002/ejhf.1713

9. Tromp J, Ponikowski P, Salsali A, et al. Sodium-glucose co-transporter 2 inhibition in patients hospitalized for acute decompensated heart failure: rationale for and design of the EMPULSE trial. Eur J Heart Fail. 2021;23(5):826-34. DOI:10.1002/ejhf.2137
10. Voors AA, Angermann CE, Teerlink JR, et al. The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. Nat Med. 2022;28(3):568-74. DOI:10.1038/s41591-021-01659-1
11. Tamaki S, Yamada T, Watanabe T, et al. Effect of Empagliflozin as an Add-On Therapy on Decongestion and Renal Function in Patients With Diabetes Hospitalized for Acute Decompensated Heart Failure: A Prospective Randomized Controlled Study. Circ Heart Fail. 2021;14(3):e007048. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.007048
12. Schulze PC, Bogoviku J, Westphal J, et al. Effects of Early Empagliflozin Initiation on Diuresis and Kidney Function in Patients With Acute Decompensated Heart Failure (EMPAG-HF). Circulation. 2022;146(4):289-98. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.122.059038
13. Szarek M, Bhatt DL, Steg PG, et al. Effect of Sotagliflozin on Total Hospitalizations in Patients With Type 2 Diabetes and Worsening Heart Failure: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2021;174(8):1065-72. DOI:10.7326/M21-0651
14. Salah HM, Al'Aref SJ, Khan MS, et al. Efficacy and safety of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors initiation in patients with acute heart failure, with and without type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Cardiovasc Diabetol. 2022;21(1):20. DOI:10.1186/s12933-022-01455-2
15. Cox ZL, Collins SP, Aaron M, et al. Efficacy and safety of dapagliflozin in acute heart failure: Rationale and design of the DICTATE-AHF trial. Am Heart J. 2021;232:116-24. DOI:10.1016/j.ahj.2020.10.071

УДК 616.24-002-078

**Садыкова А.Ш.**

АО «Южно-казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

## **СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### ***Аннотация***

*Сегодня эндоваскулярная хирургия является высокоэффективным и малотравматичным методом лечения ишемической болезни сердца, сосудистых и вальвулярных заболеваний,*

врожденных пороков сердца. Казахстан – является одним из ведущих центров эндоваскулярных вмешательств всего мира.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, ангиография, катетеризация, коронарная артерия, ишемическая болезнь сердца, васкуляризация, стентирование

**Садыкова А.Ш.**

«Оңтүстік қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

## БАЛА АУРУЛАРЫН ДИАГНОСТИКАДА ЖӘНЕ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАМАНАУИ ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ ӘДІСТЕР

### **Аннотация**

Бүгінгі таңда эндоваскулярлық хирургия жүректің ишемиялық ауруын, қан тамырлары мен қақпақшалар ауруларын, жүректің туа біткен ақауларын емдеудің жоғары тиімді және төмен жарақатты әдісі болып табылады. Қазақстан дүние жүзінде эндоваскулярлық араласулардың жетекші орталықтарының бірі болып табылады.

**Кілт сөздер:** жүрек-тамыр аурулары, ангиография, катетеризация, коронарлық артерия, жүректің ишемиялық ауруы, васкуляризация, стентинг

**Sadykova A.Sh.**

JSC «South kazakhstan medical academy» Shymkent, Kazakhstan

## MODERN ENDOVASCULAR METHODS USED IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN'S DISEASES

### **Annotation**

Today, endovascular surgery is a highly effective and low-traumatic method of treating coronary heart disease, vascular and valvular diseases, and congenital heart defects. Kazakhstan is one of the leading centers of endovascular interventions around the world.

**Keywords:** cardiovascular diseases, angiography, catheterization, coronary artery, coronary heart disease, vascularization, stenting

**Введение.** Рассмотрим применение эндоваскулярных методов диагностики и лечения на примере ишемической болезни сердца.

Ишемическая болезнь сердца – одна из наиболее молодых болезней XXI века; острое или хроническое поражение миокарда, возникающее в результате уменьшения или прекращения артериального кровоснабжения миокарда, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий [1]. Можно с уверенностью утверждать, что ишемическая болезнь сердца является широко распространенным заболеванием, последствиями которой являются - смерть, утрата трудоспособности во всем мире. Ведущей причиной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, из которых на долю Ишемической болезни сердца приходится около 40%.

За последние 10 лет у детей стала распространена ишемическая болезнь сердца, которая провоцируется аномальным развитием сердечных артерий. Основной этиологией ишемической болезни сердца является атеросклероз коронарных артерий. Атеросклероз прогрессирует последовательно и волнообразно. Атеросклеротические бляшки образуются в результате накопления холестерина в стенке артерий. Избыток холестерина увеличивает размер бляшки и затрудняет кровоток. Симптомы становятся всё хуже и хуже по мере роста атеросклеротической бляшки, при этом просвет артерии постепенно сужается. Уменьшение площади просвета артерии более чем на 90-95% может привести к летальному исходу, снижая коронарный кровоток и ухудшая самочувствие даже в состоянии покоя [2].

Распространённым методом в диагностике поражений коронарных артерий сердца является селективная коронарная ангиография. Это рентгеноконтрастное исследование используется для определения того, имеется ли значительное сужение сосуда, какие именно артерии поражены, сколько их, где и как давно они поражены. Коронарная ангиография — это малотравматичное и малоинвазивное исследование сердечно-сосудистой системы, при котором врач вводит в артерии рентгеноконтрастное вещество для получения качественных изображений сердечно-сосудистой системы. На сегодняшний день это исследование считается одним из наиболее информативных тестов на сосудистую патологию в области кардиологии.

Инвазивность коронарной ангиографии состоит в том, что для введения специальной тонкой трубки (катетера) прокалывается вена, которая во время процедуры продвигается к сердцу. Продвижение катетера контролируется врачом с помощью специального оборудования. Во время коронарной ангиограммы вводится контрастное вещество, поглощающее рентгеновские лучи. Это вещество и рентгеновский аппарат создают на экране монитора изображение кровеносных сосудов, что позволяет врачу детально и точно рассмотреть суженные артерии и их протяженность. Для проведения коронарной ангиографии редко

требуется общая анестезия, в большинстве случаев применяется местная анестезия. Исследование не нуждается в долговременной госпитализации и широко применяется в диагностике для определения состояния здоровья пациента, способов лечения и необходимости проведения операции.

Лечение этого заболевания обращено прежде всего на восстановление нормального кровоснабжения миокарда и совершенствование качества жизни маленького пациента. К глубокому сожалению, чистая терапия (консервативное лечение) не всегда действенна. На сегодняшний день традиционными методами лечения ИБС с доказанной и несомненной эффективностью являются хирургическая реваскуляризация миокарда, т.е. шунтирование коронарных артерий и чрескожное коронарное вмешательство, или "стентирование"[3].

В настоящее время, в эпоху высоких технологий в области медицинской техники, а также фармацевтики, современные внутрикоронарные стенты дают возможность достигнуть хороших результатов и на ранних, и на отдалённых этапах после ЧКВ.

Данная процедура выполняется под местной анестезией. Пункцируется артерия (бедренная или лучевая) в области бедра или же запястья, вводится интрадьюсер (катетер), а уже оттуда под контролем специального ангиографического прибора вводится направляющий катетер. Катетер в свою же очередь вводится в левую или правую коронарную артерию, и делается множество снимков. От введенного катетера в артерию через пораженный участок вводится микропроводник. Через микропроводник в артерию через пораженный участок устанавливается коронарный стент [4].

Сегодня область применения чрескожных коронарных вмешательств значительно увеличилась: от лечения простых и местных стенозов до многососудистой реваскуляризации миокарда (включая левый коронарный ствол) и реканализации хронически окклюзированных (полностью закупоренных сосудов) коронарных артерий. На сегодняшний день в клиническую практику внедрены стенты со специальными биорассасывающимися покрытиями, дающую возможность снизить процент рестеноза (зарастания) и тромбоза стента. Широкое распространение получили также методы внутрисосудистой визуализации, которые дают возможность получать изображения коронарных артерий маленьких пациентов в режиме реального времени прямо во время проведения операции. Благодаря этому, хирурги могут получать высокоточные результаты при установке стентов в коронарные артерии.

Хочу поделиться историей опытного интервенционного врача-кардиохирурга – Сакена Анартаева: «... самое главное очень интересный клинический случай. Вобщем, в нашей ГКБ #7

прошел МАСТЕР КЛАСС по закрытию дефекта межпредсердной перегородки окклюдером. На простом языке исправляли врожденный порок сердца специальным устройством (окклюдер).

Операция сопровождалась гениальным врачом, моим "сенсейем" из Научного центра Педиатрии и Детской хирургии доктором Онласыновым Азиз Кажымухановичем. Пациент является резидентом кафедры кардиологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, который пришёл ко мне на резидентуру. Примерно пару месяцев назад, во время практики я ребятам показывал как снимать Эхокардиографию, тонкости и особенности. И случайным образом положили одного из резидентов как пациента, и там я ОБНАРУЖИЛ ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ (ДМПП). Пациент 1997 г.р. И за эти 24 года он даже не подозревал, что имеет врожденный порок сердца. Представляете? Думаю парню повезло что поступил в медицинский...! Впрочем, хочу сказать, что повезёт и тем, кто хоть раз в жизни снимет ЭХОКАРДИОГРАФИЮ, чтобы обнаружить патологию во время и предупредить возможные нехорошие последствия. Итак, в этом случае операция прошла вполне успешно.»

Из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что эндоваскулярные методы диагностики и лечения применяются у детей для ряда сердечно-сосудистых заболеваний. Эти методы предоставляют более щадящие альтернативы хирургическим вмешательствам. В детской практике они могут использоваться для:

1. Ангиографии: получения детальных изображений сосудов для диагностики пороков развития или других аномалий.
2. Ангиопластики: расширения стенок сосудов с использованием баллонных катетеров для улучшения кровотока.
3. Установки стентов: поддержания открытости сосудов после ангиопластики.
4. Эмболизации: блокировки кровотока в аномальных сосудах, например, при врожденных артериовенозных мальформациях.

Эти методы обычно предпочтительны из-за их меньшей инвазивности, что особенно важно для детей в силу их более быстрого восстановления и меньших рисков. Однако, решение о применении эндоваскулярных методов всегда зависит от конкретной клинической ситуации и решения исключительно медицинской команды.

### **Список литературы**

1. Сердечно-сосудистая хирургия под ред. В.И.Бураковского и Л.А. Бокерия, М.: Медицина, 2019 г.

2. Болезнь коронарных артерий пересаженного сердца Под редакцией Академика В.И. Шумакова – М: Медицинское информационное агентство, 2018 г.
3. Слушай сердце под ред. Т.Гаглошвили, М.: Медицина, 2020 г.
4. Достучаться до сердца под ред. Ф.Лобжанидзе, М.: Медицина, 2021 г.

УДК 615.11

**Смаил Б., Маханбетова М.А.**

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

### **ИНФРАҚЫЗЫЛ УЛЬТРАКҮЛГІН СӘУЛЕЛЕРІНІҢ ЖАСАНДЫ КӨЗДЕРІН МЕДИЦИНАДА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯДА ПАЙДАЛАНУ**

#### **Аннотация**

*Инфрақызыл және орташа және қысқа толқынды ультракүлгін сәулелердің емдік әсерін, әсіресе медицинадағы қолданыстарына тоқталып, танстырып өту. Қазіргі заманауи талаптарға сай, жоғары сапалы құралдарды пайдалану.*

**Кілт сөздер:** Ультракүлгін сәулелер, инфрақызыл сәулелер, технология, фармация, медицина.

**Смаил Б., Маханбетова М.А.**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казакстан

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФРАКРАСНЫХ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ**

#### **Аннотация**

*Применение инфракрасного и средний и коротковолнового ультрафиолетового излучения в медицине. Использование высококачественных инструментов, отвечающих современным требованиям.*

**Ключевые слова:** Ультрафиолетовые лучи, инфракрасные лучи, технология, фармация, медицина.

**Smail B., Makhanbetova M.A.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent», Kazakhstan.

## THE USE OF ARTIFICIAL SOURCES OF INFRARED ULTRAVIOLET RAYS IN MEDICINE AND PHARMACY

### *Annotation*

*The use of infrared and medium- and short-wave ultraviolet radiation in medicine. The use of high-quality tools that meet modern requirements.*

**Key words:** *Ultraviolet rays, infrared rays, technology, pharmacy, medicine.*

**Кіріспе.** Қазіргі таңда медицинада және фармацияда ең жиі қолданатын аппараттардың бірі: Endolaser 120 инфрақызыл лазерлік терапия құрылғысы 1 лазерлік эмитент, SUV және DUV диапазонындағы ультракүлгін терапияға арналған құрылғы, SUV/DUV ультракүлгін терапиясына арналған портативті құрылғы, орташа қысқа толқынды ультракүлгін терапияға арналған құрылғы және тағы басқа құрылғыларды қолданып кездестірумізге болады.[1]

Бұл құрылғыларды айтып тұрған себебім: заман талабына сай қазіргі таңда өмірімізді техникасыз елестету мүмкін емес. Мәселен: ұялы телефон, ноутбук, секілді техниканы айтуға болады. Заманмен бірге медицинада жыл өткен сайын техникалық құрал жабыдықтар мен медициналық, фармациялық, терапиялық, стоматологиялық салада дамып жыдан-жылға пациенттерді емдеу оңай болып жатыр.[2]

Ендігі кезекте осы құрылғылардың медицинада қалай қолданылатын және де осы аппараттар бойынша қанша адам емделіп шыққанын, қандай ауруларға тиімді екенін айтатын болатын боламыз.

SUF терапиясы: Спектр теріге барлық басқа диапазондарды қоспағанда, тек ең тиімді (мысалы, псориазды емдеу үшін) ультракүлгін диапазонға әсер етуге мүмкіндік береді.

Терапевтік сәулеленудің дозасын теріге зиянсыз интеграцияланған спектрлі сәулеленумен салыстырғанда арттыруға болады. Пациенттердің кең ауқымы үшін қауіпсіз пайдалану болып табылады.[3]

Орташа қысқа толқынды ультракүлгін терапияға арналған құрылғы: Құрал емделмейтін жараларды, төсек жараларын, терінің және тырнақтың саңырауқұлақ, вирустық және бактериялық ауруларын емдеуде тиімді екенін дәлелдеді. Ультракүлгін сәулелену ағынының жоғары тығыздығы емдеу процесінде қысқа экспозицияларды пайдалануға мүмкіндік береді. Бұл пациенттің өткізу қабілетін арттырады және персонал мен пациенттің уақытын үнемдейді.[4]

Қан айналымын ынталандырады және жақсартады. Теріге ұзын толқынды инфрақызыл сәулелер әсер еткенде, тері рецепторлары тітіркенеді және гипоталамустың реакциясына



байланысты қан тамырларының тегіс бұлшықеттері босаңсытады, соның нәтижесінде тамырлар кеңейеді. Инфрақызыл сәулелер пестицидтердің сіңуін әлсіретіп, спецификалық емес иммунитетті арттыруға көмектеседі.

Инфрақызыл спектроскопия-фармацевтикалық қосылыстар мен молекулалардағы функционалдық топтарды саусақ ізін алу және сәйкестендірудің әмбебап әдісі. Ол инфрақызыл жиілік диапазонында энергияның жұтылуын өлшейді. Монохроматордың орнына интерферометрді пайдаланатын Фурье түрлендіру инфрақызыл спектроскопиясы (FTIR) бүкіл инфрақызыл жиілік диапазонында бір уақытта талдау жасауға мүмкіндік береді. Ішінара жылдамдығы мен сезімталдығының арқасында FTIR фармацевтикалық инфрақызыл спектроскопиялық талдаудың стандартына айналды. FTIR құралдарын қолдануға арналған фармацевтикалық қосымшалар шикізатты бағалауды және сынау және нарыққа шығару алдында соңғы өнімді талдауды қамтиды. Қазіргі медицинада инфрақызыл және ультракүлгін сәулелену кеңінен таралған. Ол физиотерапияда, фармацияда, стоматологияда және хирургияда қолданылады. Бұл процедураның зиянсыз екенін және бүкіл денеге жан-жақты пайдалы әсер ететінін көрсетеді. [5]

Инфрақызыл сәулелер физиотерапияда қолданылады. Метаболикалық процестерді жақсарту. Жылу әсерінен инфрақызыл сәулелену жасуша деңгейінде белсенділікті ынталандырады, нейрорегуляция және метаболизм процестерін жақсартады.

Сонымен қатар, инфрақызыл терапия күн сәулесінің зақымдануын азайтуға, буындардың денсаулығын жақсартуға, шрамды азайтуға, созылмалы және қайталанатын суық жараларды болдырмауға және қабынуды жеңілдетуге көмектеседі.

Қазіргі заман талабына сай бұл құрылғылар өзекті әрі 21-ші ғасырдың ауқымды мәселесі болып табылады. Инфрақызыл сәулелер сынықтарды емдеуде емдік әсер етеді, ішкі органдардың механикалық зақымдануы кезінде қалпына келтіру механизмдерін ынталандырады, метаболизмді арттырады, эндокриндік бездердің жұмысын жақсартады, жараларды емдеуге ықпал етеді, зат алмасуды жақсартады және семіздікпен күресуге көмектеседі. Инфрақызыл сәулелену қабыну ошағында репаративті регенерация процестерін ынталандырады және қабыну процесінің соңғы кезеңдерінде емдеу үшін ең тиімді пайдаланылуы мүмкін. Ішкі мүшелердің тамырлары кеңейіп, жаралар мен трофикалық жаралардың түйіршіктелуін жеделдетеді. Ал, ультракүлгін сәулелену жоғары энергиялы қысқа толқынды ультракүлгін сәулелену терінің жедел қабыну ауруларын, іріңді қабынуларды және т.б. емдеу үшін қолданылады. Ұзын толқынды сәулелер созылмалы тері ауруларын емдеу үшін қолданылады. Ультракүлгін сәулелер күшті биологиялық белсенділікке ие. Олар тіпті тіндер

мен жасушалардың химиялық құрылымын өзгерте алады. Ультракүлгін сәулеленудің бақылауымен біздің ағзамызда D дәрумені өндіріледі, тотығу процестері жиілейді, тіндер оттегін белсенді түрде сіңіріп, ыдырау өнімдерін шығара бастайды.

Міне осы құрылғылар кәзіргі ауруларды осындай тәсіл арқылы емдейді. Бұрынғы кезде бұл аурулар емі жоқ, өлім көрсеткіші жоғары болушы еді, ал қазір бұл ауруларды емдеуге мүмкіндік бар.[6]

Ендігі кезекте осы жайлы қысқаша статистика беріп кететін болсам. Бұл құрылғыларды дамыған мемлекеттерде қолданады мысалы: АҚШ, Жапония, Германия, Канада және т.б елдерде қолданысқа енген. Бірақ, бұл құрылғылар Қазақстанда жоқ. 2020 жылға сәтатистика бойынша рак, қарапайым вирус(ОРВИ, КВИ) секілді сырқаттан 1 жылдың ішінде 1.089.458 адам емделіп шыққан. Біздің ендігі мақсатымыз осы құрылғыларды Қазақстанға әкеле отыра, халықтың денсаулығын жақсарту. Бұл халықтың өмір сүру ұзақтығына әсерін тигізеді.[7]

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. <https://life7.ru/article/kak-infrakrasnoe-izluchenie-pomogaet-borotsja-s-boleznjami/>
2. Инфрақызыл сәулелену-Физикалық энциклопедиядан алынған мақала
3. Борисов Л.Б. Медициналық микробиология, вирусология және иммунология.- М.: ИМ, 2005 ж
4. <https://www.news-medical.net/health/Infrared-Therapy-Applications.aspx>

УДК 616.12-007.61

**Темірхан А.Н.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

### **СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ НЕГІЗГІ ЕМІНДЕГІ ҚАНТ ДИБЕТІНЕ ҚАРСЫ БЕРІЛЕТІН ДӘРІЛЕРДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ**

#### **Аннотация**

*Мақалада созылмалы жүрек жеткіліксіздігін (СЖЖ) емдеуге арналған ғылыми жарияланымдарға әдеби шолу деректері берілген. Мақаланың негізгі екініні глюкоза деңгейін төмендететін препараттардың жүрек-қантaмыр жүйесі мен бүйрек қызметіне органопротекторлық әсеріне арналған. Оң әсер 2 типті қант диабеті (ҚД) жоқ, систолалық*

функциясы төмендеген СЖЖ бар науқастарда гипогликемияны тудырмайтын айқын глюкозурияға негізделген.

**Кілт сөздер:** созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, глюкозурия, натрий-глюкоза котранспортер тежегіші.

**Темирхан А.Н**

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

## **ЗНАЧИМОСТЬ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

### **Аннотация**

*В статье приведены данные литературного обзора научных публикаций по лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН). Основной акцент статьи сделан на органопротективное действие сахароснижающих препаратов на функцию сердечно-сосудистой системы, почек. В основе положительного эффекта лежит выраженная глюкозурия, не вызывающая гипогликемии у пациентов с ХСН со сниженной систолической функцией без сахарного диабета 2 типа (СД).*

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, глюкозурия, ингибитор натрий-глюкозного котранспортера.

**Temirkhan A.N.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## **THE IMPORTANCE OF GLOW-LOWING DRUGS IN THE BASIC THERAPY OF CHRONIC HEART FAILURE**

### **Annotation**

*The article provides data from a literature review of scientific publications on some cases of heart failure (CHF). The main emphasis of the article is on the organoprotective effect of glucose-lowering drugs on the function of the cardiovascular system and kidneys. The positive effect is based on pronounced glucosuria, which does not cause hypoglycemia in patients with CHF with reduced systolic function without type 2 diabetes mellitus (DM).*

**Key words:** chronic heart failure, glucosuria, sodium-glucose cotransporter inhibitor.

**Өзектілігі.** Өздеріңіз білетіндей, СЖЖ - барлық жүрек-қан тамырлары ауруларының (ЖҚА) соңғы нәтижесі болып табылады. Жүрек- қантамыр жүйесі аурулары бар науқастар модификациялаушы қауіп факторларының әсерінен симптоматикалық СЖЖ дамиды. Сонымен қатар, СЖЖ кез келген сатысында жағдайдың декомпенсациялануы және соның салдарынан науқастың өлімімен аяқталуы мүмкін. СЖЖ бүгінгі күнге дейін әлемде денсаулық сақтаудың маңызды проблемасы болып қала береді, және Жүрек- қантамыр аурулары ішінде госпитализациялаудың негізгі себебі болып саналады және жоғары өліммен сипатталады. СЖЖ бар науқастардың шамамен жартысы сол жақ қарыншаның шығарылу фракциясының (СҚЛФ) <40% төмендеуімен сипатталады [4,5].СҚЛФ төмендеген науқастар қалыпты фракциясы бар науқастармен салыстырғанда аурудың нашар болжамымен сипатталады [6]. Әрбір госпитализация кезінде СЖЖ емдеуде барлық қолда бар арсеналды қолданса да, қысқа мерзімді жақсарту пациентте жүрек қызметінің одан да айқын төмендеуімен ауруханадан шығады. Сонымен қатар, СҚ жиырылу функциясының нашарлауы кейіннен кардио-ренальді синдромның ауыр бүйректік бұзылыстарына алып келеді. Осы логикаға сүйене отырып, емдеудің тиімділігі органды қорғауға тікелей бағытталуы керек. Соңғы жылдардағы көптеген зерттеулер 2 типті қант диабетін (ҚД) емдеуде гипогликемиялық препараттардың бұл әсерін дәлелдеді. Жасыратыны жоқ, жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастарда 2 типті қант диабетімен қатар жүретін аурулар жиі кездеседі.

**Мақсаты:** Біз СЖЖ (тЛФ) симптомдарын гипогликемиялық препараттармен емдеудің тиімділігін, клиникалық зерттеулер бойынша ғылыми мақалаларға әдебиеттік шолу жасадық.

Қант диабетіне қарсы препараттардың бірі - дапаглифлозин. Дапаглифлозин 2 типті натрий-глюкоза котранспортері тежегіштері (SGLT-2) тобына жатады. ҚД 2 типімен ауыратын және Жүрек-қантамыр аурулары бойынша екі немесе одан да қауіп тобынан жататын науқастарда 2 типті қант диабетін емдеуге және СЖЖ -нен госпитализация қаупін азайту үшін қолданылады [1]. Дапаглифлозиннің 2 типті қант диабеті бар науқастарда және жүрек жеткіліксіздігінің салдарынан ауруханаға жатқызу қаупін төмендетудегі тиімділігі DECLARE ТІМІ 58 клиникалық зерттеуінде анықталды. DAPA-HF – НГЛТ-2тобының препараты ҚД емінде емес, жаңа және эффективті емді қажет ететін СЖЖ(тЛФ) емінде алғашқы зерттеліп отыр. DAPA-HF зерттеуі дапаглифлозиннің әсерін зерттеуге , СЖЖтЛФ бар науқастарда жүрек-қан тамырлары және ЖЖ асқыну көрсеткішін зерттеуге бағытталған. [1-3].

НГЛТ-2-нің жүрек-қантамыр жүйесі мен бүйрекке пайдалы әсерін глюкозуриямен түсіндіруге болады (теріс калория балансы, май тінінің көлемінің төмендеуі, соның ішінде эпикардальді май, глюкоуыттылық азаюы, плазмадағы қабыну және фиброз маркерлерінің

концентрациясының төмендеуі, урикозурия, кардиоренальды метаболизмнің май қышқылдары мен глюкозаның тотығуынан кетон денелерін қолдануға ауысуы және натрийурезді (плазма көлемінің төмендеуі, жүрекке алдын-ала және кейінгі жүктеменің төмендеуі, қан қысымы мен артерия қабырғасының қаттылығының төмендеуі, тубулогломерулярлық кері байланысты қалпына келтіру, интрагломерулярлық әсердің төмендеуі) қысым және шумақтық гиперфльтрация) [4].

Көрсетілген мақсаттарға жету үшін клиникалық сынақтардан сәтті өткен әртүрлі препараттар топтары қолданылады. Олардың ішінде ангиотензин айналдырушы фермент тежегіштері (иАПФ), ангиотензин II рецепторларының антагонистері (АРА), бета-блокаторлар (БАБ), минералокортикоидты рецепторлардың антагонистері (АМКР), ангиотензин рецепторлары мен неприлизин тежегіштері (АРНИ) және диуретиктер бар. Ұзақ жылдар бойы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастар үшін стандартты емдеуде ренин-ангиотензин жүйесінің блокаторларымен, бета-блокаторлармен және АМКР5-пен сатылы терапия қолданылып келді. 2021 жылы СЖЖ бар науқастарды жүргізу әдістерін түзететін Еуропалық кардиология қоғамының (European Society of Cardiology, ESC) ұсыныстары жарияланды. Сарапшылар негізгі препараттарды тағайындаудың сатылы тәсілінен бас тартты. 2016 жылғы ұсыныстардан айырмашылығы, сарапшылардың пікірінше, СЖЖтЛФ үшін төрт компонентті режим тағайындалуы керек, оның ішінде АПФ ингибиторлары/АРНИ, бета-блокаторлар, АМКР және глифлозин тобындағы препарат. Сұйықтықтың ағзада жиналуында, ілмектік диуретик тағайындалады. Науқастарды одан әрі жүргізу лақтыру фракциясына және QRS кешенінің ұзақтығына байланысты [5-7].

2022 жылы американдық кардиологиялық қоғамдастық АНА/ACC/HFSA жүрек жеткіліксіздігін емдеу бойынша ұсыныстардың жаңа нұсқасын шығарды, онда НГЛТ-2 класындағы препараттардың жүрек жеткіліксіздігін емдеудегі орны көрсетілген. иНГЛТ-2 класы СЖЖ(тЛФ) бар науқастарда АПФ тежегіштері/АРНИ, бета-блокаторлар және АМКР (дәлелдер класы 1А)препараттарымен бірге бірінші қатардағы терапия ретінде ұсынылады. Бірінші қатар ретінде НГЛТ-2 терапиясын басқа препараттармен бір мезгілде, ешқандай реттілігін сақтамай бастауға болады, терапияны кейінге қалдыруға болмайды [8].

Дапаглифлозиннің басқа кластардағы препараттардан артықшылығы - дозаны титрлеу қажеттілігінің болмауы [4,6]. Дапаглифлозинді СЖЖтЛФ бар емделушілерге тәулігіне 10 мг дозада тағайындау жүрек-қантамырлық өлім қаупін азайтуға, жүрек жеткіліксіздігінің ағымын нашарлатуға (жүрек жеткіліксіздігінен ауруханаға жатқызу немесе жүрек жеткіліксіздігіне байланысты шұғыл емдеу) және клиникалық симптомдарды жақсартуға көмектеседі [7- 10].

**Нәтиже.**

1. НГЛТ-2-нің жүрек-қантамыр жүйесі мен бүйрекке пайдалы әсерін гликозуриямен түсіндіруге болады (теріс калория балансы, майлы тіндердің көлемінің, соның ішінде эпикард майының азаюы, глюкозуриялықтың төмендеуі, қабыну және фиброз маркерлерінің плазмалық концентрациясының төмендеуі);

2. Оң әсері сондай-ақ урикозуриямен, кардиоренальды метаболизмнің май қышқылдары мен глюкозаның тотығуынан кетондық денелерді қолдануға ауысуымен байланысты;

3. Натриурез СЖЖ симптомдарының регрессиясында да маңызды рөл атқарады (плазма көлемінің төмендеуі, жүрекке алдын-ала және кейінгі жүктеме, қан қысымының төмендеуі және артерия қабырғасының қаттылығы, тубулогломерулярлық қайта қалпына келу, гломерулярлық қысымның төмендеуі және шумақтық гиперфльтрация). .

**Қорытынды:** жоғарыда атап өтілген әсерлерінің арқасында және СЖЖТЛФ бар емделушілерде дәлелденген оң әсері мен симптоматика, қауіпсіздіктің қолайлы профиліне және қолданудың қарапайымдылығына байланысты препаратты (күніне 1 рет/тәу қабылданады және дозаны титрлеудің қажеті жоқ), гипогликемияны төмендетуші ретінде дапаглифлозин препараты СЖЖТЛФ негізгі терапиясында маңызды және лайықты түрде орын алады.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Lam CSP, Chandramouli C, Ahooja V, Verma S. SGLT-2 Inhibitors in Heart Failure: Current Management, Unmet Needs, and Therapeutic Prospects. J Am Heart Assoc. 2019;8(20):e013389. DOI:10.1161/JAHA.119.013389
2. Коваленко Е.В., Ложкина М.В., Арабидзе Г.Г., Крякушкин В.Г. Эффективность ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа при заболеваниях с хронической сердечной недостаточностью. Российский кардиологический журнал. 2021 год; 26 (1): 158–165.
3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Истинная распространенность ХСН в правительстве части Российской Федерации (исследование ЭПОХА, госпитальный этап). Журнал Сердечная Недостаточность. 2011 г.; 12 (2): 63–68.
4. Хасанов Н.Р. Эффекты применения ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 типа дапаглифлозина у пациентов с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка. Российский кардиологический журнал. 2020; 25 (8): 83–90.
5. Пакер М. Ингибиторы SGLT2 оказывают положительное влияние на кардиоренальную функцию, способствуя адаптивному перепрограммированию клеток, вызывая состояние

мимикрии натошак: сдвиг парадигмы в понимании механизма их действия. Уход за диабетом. 2020; 43 (3): 508–11. <https://dx.doi.org/10.2337/dci19-0074>.

6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021; 42(36):3599-726. DOI:10.1093/eurheartj/ehab368; PMID: 34447992

7. Jhund PS, Solomon SD, Docherty KF, et al. Efficacy of Dapagliflozin on Renal Function and Outcomes in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: Results of DAPA-HF. Circulation. 2021;143(4):298-309. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050391

8. Dewan P, Solomon SD, Jhund PS, et al. Efficacy and safety of sodium-glucose co-transporter 2 inhibition according to left ventricular ejection fraction in DAPA-HF. Eur J Heart Fail. 2020;22(7):1247-58. DOI:10.1002/ejhf.1867

9. Поляков Д.С., Фомин И.В., Беленков Ю.Н., и др. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН. Кардиология. 2021;61(4):4-14 [Polyakov DS, Fomin IV, Belenkov YuN, et al. Chronic heart failure in the Russian Federation: what has changed over 20 years of follow-up? Results of the EPOCH-CHF study. Kardiologiya. 2021;61(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2021.4.n1628

10. Jhund P, et al. Dapagliflozin across the range of ejection fraction in patients with heart failure: a patient-level, pooled meta-analysis of DAPA-HF and DELIVER. Nat Med. 2022; 28(9):1956-1964.

УДК 616.8-009.81

**Тохтаров Б.О., Слам Р.Н., Теңгебай М.Ә.**

АО «ЮКМА» г.Шымкент, Казахстан

## **ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В НЕЙРОХИРУРГИИ**

### ***Аннотация***

*В данной статье представлены результаты исследования особенностей применения регионарной анестезии в нейрохирургической практике в ГКБ№1 города Шымкент*

**Ключевые слова:** *регионарная анестезия, бупивакаин, нейрохирургия, спинальная и эпидуральная анестезии, межпозвоночные грыжи.*

Токтаров Б.О., Слам Р.Н., Тенгебай М.Ә.

«ОҚМА» АҚ, Шымкент, Қазақстан

## НЕЙРОХИРУРГИЯДАҒЫ РЕГИОНАЛДЫҚ АНЕСТЕЗИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

### *Аннотация*

Бұл мақалада Шымкент қаласының №1 қалалық клиникалық ауруханасында нейрохирургиялық тәжірибеде аймақтық анестезияны қолдану ерекшеліктерін зерттеу нәтижелері берілген.

**Кілт сөздер:** аймақтық анестезия, бупивакаин, нейрохирургия, жұлын және эпидуральды анестезия, омыртқааралық грыжа.

Tokhtarov B.O., Slam R.N., Tengebay M.A.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

## FEATURES OF REGIONAL ANESTHESIA IN NEUROSURGERY

### *Annotation*

This article presents the results of a study of the features of the use of regional anesthesia in neurosurgical practice in City Clinical Hospital No. 1 of the city of Shymkent

**Key words:** regional anesthesia, bupivacaine, neurosurgery, spinal and epidural anesthesia, intervertebral hernia.

**Актуальность:** во время нейрохирургических процедур критически важно обеспечить стабильность гемодинамики и оксигенации. Общая анестезия, механическая вентиляция легких, и современные препараты обеспечивают оптимальное состояние. Однако кратковременные колебания артериального давления могут быть неблагоприятными для пациентов с повышенным внутричерепным давлением. Региональная анестезия головы и спины может уменьшить болевые стимулы и вариабельность гемодинамики, обеспечивая также эффективное послеоперационное обезболивание, особенно при операциях на позвоночнике[1]. Современная нейроанестезия с широкими возможностями нейромониторинга и безопасными нейропротекторными анестетиками в прошлом приводила к игнорированию регионарной анестезии, но новые минимально инвазивные хирургические методы, такие как краниотомия в сознании, показывают, что для нее все еще есть место [2,3,4]. Регионарная анестезия, хотя и редко используется отдельно, может обеспечить полезную анальгезию с минимальными системными эффектами на гемодинамику [5,6], одновременно создавая дополнительные



преимущества послеоперационной анальгезии, уменьшая дозы общих анестетиков и опиоидов и позволяя быстрее пробуждаться пациентам

**Цели и задачи:** Изучить особенности регионарной анестезии в нейрохирургическом отделении ГКБ №1 г.Шымкент.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ГКБ №1 г.Шымкент в период с 23 II- 18 X 2023г. у 40 пациентов по поводу удаления грыж межпозвонковых дисков в условиях спинальной и эпидуральной анестезии, из которых 25 (62,5%) мужчины и (37,5%) женщин. Возраст пациентов от 25 до 60 лет (средний возраст 36 лет). Сопутствующая патология (ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ, СД 1 и 2 типов) выявлена у 18 (45%) больных. Локализация грыж - S2-L4-2. Повторные операции выполнены у 4 (10%) больных. Спинальная анестезия применена у 23 (57,5%) больных, спинально-эпидуральная - у 17 (42,5%). Все анестезии проводились с пациентами в положении на боку для обеспечения достаточной седации без риска ортостатических изменений в гемодинамике. Перед проведением анестезии осуществлялась быстрая инфузионная подготовка кристаллоидами в течение 20-30 минут. В качестве анестетика использовался бупивакаин. В наших наблюдениях операции, не превышающие 2 часов, не требовали дополнительного местного анестетика в эпидуральном пространстве. Периоперационное наблюдение включало мониторинг ЭКГ, ЧСС, артериального давления (систолического и диастолического методом неинвазивного измерения), а также уровня насыщения кислорода в крови (SpO<sub>2</sub>). Важным показателем эффективности анестезии является вербальная оценка ее качества со стороны самого пациента.

**Результаты и обсуждение.** Качество анестезии не зависело от положения пациента (на боку или на спине) после введения местного анестетика. Пациенты, подвергнутые спинально-эпидуральной анестезии, не требовали вазопрессорной поддержки. Индикацией для введения вазопрессоров было снижение артериального давления более чем на 30% у пациентов без сердечно-сосудистой патологии и более чем на 20% у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонией. Объем инфузионной терапии в операции составил 1600-2400 мл кристаллоидов и декстранов, с использованием полиглюкина не более 400 мл. Кровопотери были незначительными. Диурез составил 1,4 мл/кг/ч, свидетельствуя об адекватной почечной перфузии и эффективной анестезиологической защите. После операции все пациенты с спинально-эпидуральной анестезией проходили продленную эпидуральную анальгезию в отделении интенсивной терапии в течение 1,5-2 суток. Реакция на эпидуральное введение 0,5% бупивакаина была умеренной у всех пациентов, не требовала коррекции вазопрессорами и инфузионной терапией.

**Вывод:** Спинальная и спинально-эпидуральная анестезия являются эффективными вариантами операций по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков. Спинальная эпидуральная анестезия, хотя и более сложная и дорогостоящая, чем спинальная анестезия, расширяет возможности анестезиологов, сочетая надежность спинальной анестезии с контролем времени посредством перинеуральной катетеризации. Эта техника превращает ближайший послеоперационный период в комфортный опыт. Эффективность и безопасность этих методов анестезии зависят не только от квалификации анестезиолога, но и от наличия качественных анестетиков и современного инструментария.

#### **Список литературы:**

1. Tonković D, Bandić Pavlović D, Baronica R, Virag I, Miklić Bubić M, Kovač N, Željko D. REGIONAL ANESTHESIA FOR NEUROSURGERY. Acta Clin Croat. 2019 Jun;58(Suppl 1):48-52. doi: 10.20471/acc.2019.58.s1.07. PMID: 31741559; PMCID: PMC6813468.
2. Osborn I, Sebeo J. Scalp block during craniotomy: a classic technique revisited. J Neurosurg Anesthesiol. 2010;22(3):187–94. 10.1097/ANA.0b013e3181d48846
3. Papangelou A, Radzik BR, Smith T, Gottschalk A. A review of scalp blockade for cranial surgery. J Clin Anesth. 2013;25(2):150–9. 10.1016/j.jclinane.2012.06.024
4. Özlü O. Anaesthesiologist's Approach to Awake Craniotomy. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2018;46(4):250–6. 10.5152/TJAR.2018.56255
5. Geze S, Yilmaz AA, Tuzuner F. The effect of scalp block and local infiltration on the haemodynamic and stress response to skull-pin placement for craniotomy. Eur J Anaesthesiol. 2009;26(4):298–303. 10.1097/EJA.0b013e32831aedb2
6. Akhigbe T, Zolnourian A. Use of regional scalp block for pain management after craniotomy: Review of literature and critical appraisal of evidence. J Clin Neurosci. 2017. Nov;45:44–7. 10.1016/j.jocn.2017.08.027

УДК 616.36-008.6

**Халикулова С., Самченко И.А.**

АО «Южно Казахстанская Медицинская Академия», Шымкент, Казахстан

**ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ»**

*Аннотация*

В данном ЭССЕ представлены доказанные препараты для лечения хронической почечной недостаточности.

**Ключевые слова:** хроническая почечная недостаточность, заместительная почечная терапия, амбулаторный гемодиализ, трансплантация почки, нефрэктомия.

**Халикулова С., Самченко И.А.**

«Онтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

## СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ КЕЗІНДЕГІ ПРЕПАРАТТАР

### **Аннотация**

Осы ЭҚАБЖ-де созылмалы бүйрек жеткіліксіздігін емдеуге арналған дәлелденген препараттар ұсынылған.

**Кілт сөздер:** созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, бүйрек алмастыру терапиясы, амбулаториялық гемодиализ, бүйрек трансплантациясы, нефрэктомия.

**Khalikulova S., Samchenko I.A.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan.

## «DRUGS FOR CHRONIC RENAL FAILURE»

### **Annotation**

This ESSAY presents proven drugs for the treatment of chronic renal failure.

**Keywords:** chronic renal failure, renal replacement therapy, outpatient hemodialysis, kidney transplantation, nephrectomy.

**Актуальность.** Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - в целом, в настоящее время приходится не только медицинской проблемой, но и проблемой здравоохранения во всем мире. Увы, она начинает принимать носящий характер эпидемии. Чаще ХПН развивается на фоне длительного течения заболевания почек. Заболевание диагностируется у 10-13 процентов взрослого населения, причем 20 процентов из них – это люди старше 60 лет.

Осуществив тщательный литературный обзор большого количества литературного материала, я собрала большое количество информации в просторах интернета, пришла к следующему ряду умозаключений и сделала вывод, что хроническая почечная недостаточность

— это последствие заболеваний почек, которая характеризуется разрушением и деструкцией структурных единиц почек- нефронов. Данная патология развивается из-за определенных заболеваний первичной и вторичной природы. ХПН грозное хроническое заболевание, которая приводит к очень серьезным последствиям.

При хронической болезни почек, при запущенной стадии которого появляется ХПН происходит серьезные нарушения внутри организма.

Далее я опишу медикаментозное лечение при хронической почечной недостаточности, по наиболее свежим источникам информации, которая наиболее актуально на период 2018-2020 годов.

Медикаментозное лечение ХПН.

Для проведения лечения

При лечении хронической болезни почек или ХПН проводят нормализацию в 5 направлениях

- нормализация артериальной гипертонии (артериальной гипертензии)
- коррекция анемии
- коррекция нарушений водно-электролитного, водно-солевого баланса
- лечение гиперфосфатемии и гиперпаратиреоза, гиперлипидемии

При коррекции АГ используют следующие препараты:

- 1) Диуретики, к примеру петлевые диуретики: фуросемид, разовая доза которой составляет от 40 до
- 2) Ингибиторы АПФ: фозиноприл; каптоприл-разовая доза до 160 МГ)
- 3) Блокаторы рецепторов АТ-II: Кандесартан- разовая доза которой составляет 17-33 МГ
- 4) бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов:
  - селективные бета блокаторы: Бисопролол, разовая доза которой составляет 3-10,5 МГ
  - Дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов: Нифедипин, разовая доза которой составляет в размере 30-110 МГ

При коррекции анемии используют следующие препараты:

- 1) Препараты — железа- это препараты Железа III гидроксид полимальтозного комплекса, разовая доза, которой составляет до 900 МГ
- 2) Эритропоэтин стимулирующие средства, к ним относится эритропоэтины: альфа, бета, тета, зета, разовая доза которой составляет до 50 МЕ.КГ
- 3) Витамин В12 до 500 МКГ в сутки.

4) При серьезных осложнениях проводят гемотрансфузии из эритроцитарной массы (или же отмытых эритроцитов)

При коррекции ВЭБ применяют препараты:

1) При отеках проводят диуретическую терапию, а именно петлевые диуретики в комбинации фуросемида до 200 мг однократно для сохранения остаточного объема мочи. Ограничить натрий до 5 г/сут.

2) Для коррекции ацидоза назначают кальция карбонат 4-6 гр/сут (натрия карбонат 1-6 г/сут)

Для коррекции гиперлипидемии пользуются статинами. Отдельное место при лечении данной серьезной патологии относится к хирургическим вмешательствам: к примеру: нефрэктомия односторонняя; нефрэктомия билатеральная; паратиреоидэктомия.

При запущенном процессе и отказе 2 почек, и отсутствии результата на лечение, проводят на амбулаторном уровне заместительную почечную терапию:

- 1) Амбулаторный гемодиализ, ГД
- 2) Амбулаторный перитонеальный диализ
- 3) ГДФ-Гемодиализация
- 4) ТП-трансплантация почки

**Индикатором эффективности при медикаментозном лечении является следующее:**

-нормализация уровня АД, нормализация уровня гемоглобина и ОАК, нормализация водно-электролитного баланса.

Таким образом, в итоге мы получаем по вышеуказанной информации, что при лечении ХПН, большее значение отдают к заместительной почечной терапии, т.е. к гемодиализу, потому что болезнь подразумевает хронизацию процесса и необратимость.

### **Список литературы.**

1. Гуревич К.Я., Константинов Ю.В., Беляков Н.А. и др. Перитонеальный диализ. - СПб. - 1999. - 96 с.
2. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. Интенсивная терапия: Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 940 с.
3. Даугирдас Д.Т., Блейк И.Д., Инг Т. // Руководство по диализу / Пер. с англ.; под ред. А.Ю. Денисова, В.Ю. Шилов. Тверь: Триада, 2003. - 744 с.
4. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2011 гг. (Отчет по данным Российского

регистра заместительной почечной терапии. Часть первая) // Нефрол. диал. - 2014. - Т. 16, №1. - С. 34-45.

5. Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности: Руководство для врачей. 2-е издание. - М.: МИА. - 2011. - 589 с.

УДК 616.8-00

**Юлдашова Х.Б., Хайтметова Н.Ф.**

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

### **СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ШЫМКЕНТ**

#### **Аннотация**

*В данной статье представлены результаты исследования на наличие и распространенность профессионального эмоционального выгорания.*

**Ключевые слова:** синдром выгорания, сотрудники скорой медицинской помощи, анкеты, исследование, самоотчет.

**Юлдашова Х.Б., Хайтметова Н.Ф.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

### **ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНДЕ КӘСІПТІК КҮЙЗЕЛУ СИНДРОМЫ**

#### **Аннотация**

*Бұл мақалада кәсіби эмоциялық күйзелістің болуы мен таралуы туралы зерттеу нәтижелері ұсынылған.*

**Кілт сөздер:** күйзеліс синдромы, жедел жәрдем қызметкерлері, сауалнамалар, зерттеулер, өзін-өзі есеп беру.

**Yuldashova Kh.B., Khaitmetova N.F.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

## PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN AMBULANCE WORKERS OF THE CITY OF SHYMKENT

### *Annotation*

*This article presents the results of a study on the presence and prevalence of professional emotional burnout.*

**Keywords:** *burnout syndrome, ambulance staff, questionnaires, research, self-report*

**Введение.** Синдром выгорания согласно определению ВОЗ – это физическое, эмоциональное истощение организма, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. Кристина Маслач описывает профессиональное выгорание как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, подверженных большому стрессу, особенно у сотрудников скорой помощи. Из-за непредсказуемого характера своей работы сотрудники скорой помощи могут подвергаться эмоционально травмирующим инцидентам во время службы. Работая в таких условиях медицинские сотрудники скорой помощи обязаны сохранять концентрацию и способность работать, обеспечивая при этом качественный уход за пациентами[1].

**Цели и задачи:** изучить наличие и распространённость профессионального эмоционального выгорания у медицинских сотрудников скорой помощи города Шымкент.

**Материалы и методы исследования.** Данное исследование проводилось в период с 15 октября по 15 ноября 2023 г., участвовали 35 врачей скорой помощи и 40 фельдшеров городских подстанций города Шымкент, в возрасте 20- 50 лет и имеющих стаж от 3- 25 лет. Среди участников мужчины 40 человек (53,3 %), женщины – 35 (46,7 %). Для осуществления целей изучили три анкеты для самоотчета: для социально-демографических и профессиональных данных опрос «Инвентаризация выгорания Маслача», «Обследование социальных услуг» (MBI-HSS) и «Шкала удовлетворенности работой» (JSS20/23)[2]. Для оценки выгорания среди сотрудников скорой помощи использовался опросник выгорания Маслача (MBI- Maslach burnout inventory) посредством самостоятельного электронного опроса. Анкеты были составлены в Google форме и разосланы всем участникам. Участники ответили на вопросы опросника анонимно. Перед сбором данных участникам была предоставлена информация о текущем исследовании и было получено информированное согласие.

**Результаты и обсуждения.** Синдром эмоционального выгорания испытывали 32 участника (42,6%), при этом 24 участника (32%) имели высокий риск эмоционального истощения или деперсонализации, а у остальных 19 участников (25,4%) не были выявлены признаки выгорания. Распространенность эмоционального выгорания у врачей скорой помощи составила 56,25%, у среднего медицинского персонала – 43,75%. Из 32 участников, которые испытывали выгорания, мужчины более подвержены (65,6%) к выгоранию чем женщины (34,4%), это было связано с частыми ночными дежурствами у мужчин. Из 35 врачей участвовавших в исследовании каждый второй испытывали профессиональное эмоциональное выгорание (51,5%). В конце опроса участники могли оставить свои комментарии, 8 участников (10,6% от общего количества участников) выразили желание поменять работу.

**Выводы:** результаты нашего исследования показали, что сотрудники скорой медицинской помощи являются уязвимой группой, поскольку почти половина из них испытывали эмоциональное выгорание. Для повышения качества трудовой жизни необходимы профилактические подходы к стрессу и выгоранию [3]. Также необходимы скоординированные усилия системы здравоохранения и организации для оптимизации стратегий вмешательства, направленных на снижение эмоционального выгорания [4].

#### **Список литературы:**

1. Almutairi MN, El Mahalli AA. Burnout and Coping Methods among Emergency Medical Services Professionals. J Multidiscip Health c. 2020 Mar 16;13:271-279. doi: 10.2147/JMDH.S244303. PMID: 32214822; PMCID: PMC7083646.
2. Rocha LJ, Juste Werneck Cortes MDC, Dias EC, Fernandes FM, Gontijo ED. Burnout and job satisfaction among emergency and intensive care providers in a public hospital. Rev Bras Med Trab. 2020 Apr 15;17(3):300-312. doi: 10.5327/Z1679443520190404. PMID: 32368664; PMCID: PMC7195890.
3. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, Bompard C, Gentile S. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. Biomed Res Int. 2019 Jan 21;2019:6462472. doi: 10.1155/2019/6462472. PMID: 30800675; PMCID: PMC6360614.
4. Naidoo R, Schoeman R. Burnout in emergency department staff: The prevalence and barriers to intervention. S Afr J Psychiatr. 2023 Oct 23;29:2095. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2095. PMID: 37928941; PMCID: PMC10623583.



УДК 616.83

Юнусметов Э.Ш.<sup>1</sup>, Әуезханқызы Д.<sup>1</sup>, Турабеков Ф.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

<sup>2</sup> Городская клиническая больница №1, город Шымкент, Казахстан

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

### *Аннотация*

*В данной статье представлены результаты исследования по эффективности эпидуральной анальгезии у пациентов после травматологических операций, а также сравнительный анализ между методиками послеоперационного обезболивания.*

***Ключевые слова:** эпидуральная анальгезия, послеоперационная боль, методика, исследование, анализ.*

Юнусметов Э.Ш.<sup>1</sup>, Әуезханқызы Д.<sup>1</sup>, Турабеков Ф.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

<sup>2</sup> №1 Қалалық клиникалық аурухана, Шымкент қ., Қазақстан

## ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ЭПИДУРАЛЬДІ АНАЛГЕЗИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

### *Аннотациясы*

*Бұл мақалада травматологиялық операциялардан кейінгі науқастардағы эпидуральді анальгезияның тиімділігі туралы зерттеу нәтижелері, сондай-ақ операциядан кейінгі ауырсынуды емдеу әдістемелері арасындағы салыстырмалы талдау келтірілген.*

***Кілт сөздер:** эпидуральді анальгезия, операциядан кейінгі ауру, әдістеме, зерттеу, талдау.*

Yunusmetov E.Sh.<sup>1,2</sup>, Auezkhankyzy D.<sup>1</sup>, Turabekov F.M.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> City clinical hospital № 1, Shymkent, Kazakhstan

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF EPIDURAL ANALGESIA IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC SURGERY

### *Annotation*

*This article presents the results of a study on the effectiveness of epidural analgesia in patients after traumatic surgeries, as well as a comparative analysis between postoperative anesthesia techniques.*

**Keywords:** *epidural analgesia, postoperative pain, technique, research, analysis.*

Острая тяжелая стрессовая реакция, связанная с серьезной операцией, может отрицательно повлиять на воспалительные и гормональные реакции [1]. Послеоперационное обезболивание имеет первостепенное значение в лечении пациентов, перенесших операцию. Хорошее управление послеоперационной болью сокращает время пребывания в больнице и улучшает раннюю способность передвигаться [2]. Эпидуральная аналгезия обеспечивает эффективное периоперационное облегчение боли у пациентов, перенесших травматологических операций, помимо ослабления стрессовых реакций. Это помогает ускорить процесс, способствуя ранней мобилизации и улучшая дыхательную функцию [3].

**Цели и задачи:** изучить и оценить эффективность эпидуральной аналгезии у пациентов, перенесших тяжелые травматологические операции, а также проводить сравнительный анализ между методиками аналгезии.

**Материалы и методы исследования.** Данное исследование проводилось в период с 10 сентября по 10 ноября 2023 г в «Городской клинической больнице №1» города Шымкент. Был проведен литературный обзор с использованием методологии послеоперационного лечения боли PROcedure SPECific для сравнения влияния эпидурального ропивакаина с дексмететомидином и без него на послеоперационную аналгезию. Также изучалась эффективность эпидуральной аналгезии у 40 пациентов с тяжелыми травмами. Возраст пациентов от 20 до 55 лет (24 мужчин, 16 женщин). Пациенты были распределены на 2 группы: в 1 (20 пациентов) для эпидуральной аналгезии использовали ропивакаин и дексмететомидин, во 2 (20 пациентов) ропивакаин и физиологический раствор. Эпидуральная аналгезия у всех пациентов проводилась иглами Туохи. Интенсивность боли оценивали по визуальной – аналоговой шкале (ВАШ).

**Результаты и обсуждения.** Общий расход послеоперационной аналгезии составило  $171,5 \pm 48,5$  мг в 1 группе и  $255,5 \pm 25,5$  мг во 2 группе. Средний балл удовлетворенности пациентов составил  $4,3 \pm 0,6$  в первой группе и  $2,9 \pm 0,4$  во второй группе. Начало аналгезии наблюдалось раньше в первой группе, чем во второй группе ( $7,9 \pm 1,3$  против  $13,2 \pm 1,6$  минуты,  $P < 0,001$ ). Продолжительность аналгезии была больше в первой группе, чем во второй группе ( $575 \pm 33$  против  $458 \pm 42$  минут,  $P < 0,001$ ). В послеоперационном периоде ни у одного пациента не наблюдалось угнетения дыхания или длительной моторной блокады. Интенсивность боли по

шкале ВАШ составила в первой группе до 3-х баллов, а во второй до 6 баллов. Применялась в случае развития постпункционной головной боли инфузия растворов кристаллоидов в сочетании с кофеином и обильное питьё.

**Выводы:** при эпидуральном применении дексмететомидин безопасен и эффективен и связан со снижением потребления неотложной анальгезии, увеличением продолжительности анальгезии, снижением показателей боли [4]. Эпидуральное применение ропивакаина с дексмететомидином предпочтительно у пациентов перенёсших тяжелые травматологические операции, чем только эпидуральное введение ропивакаина с физиологическим раствором.

#### **Список литературы:**

1. Wang J, Yin Y, Zhu Y, Xu P, Sun Z, Miao C, Zhong J. Thoracic epidural anaesthesia and analgesia ameliorates surgery-induced stress response and postoperative pain in patients undergoing radical oesophagectomy. *J Int Med Res.* 2019 Dec;47(12):6160-6170. doi: 10.1177/0300060519866943. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31426685; PMCID: PMC7045687.
2. Jn S, Bc P, Savitha LM, Kalaburgi RA. Comparison of Epidural Bupivacaine and Buprenorphine to Bupivacaine and Butorphanol for Postoperative Analgesia in Lower Limb Orthopedic Surgery. *Anesth Pain Med.* 2023 Mar 23;13(2):e132686. doi: 10.5812/aapm-132686. PMID: 37645004; PMCID: PMC10461383.
3. Sudheshna KD, Gopinath R, Ayya SS, Kar P, Kumar RV. High vs mid thoracic epidural analgesia - A comparative study on the ease of insertion and effects on pain, hemodynamics, and oxygenation in patients undergoing thoracotomies. *Ann Card Anaesth.* 2019 Oct-Dec;22(4):383-387. doi: 10.4103/aca.ACA\_169\_18. PMID: 31621673; PMCID: PMC6813698.
4. Qureshi F, Meena SC, Kumar V, Jain K, Chauhan R, Luthra A. Influence of Epidural Ropivacaine with or without Dexmedetomidine on Postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Thoraco-Lumbar Spine Instrumentation: A Randomized, Comparative, and Double-Blind Study. *Asian Spine J.* 2021 Jun;15(3):324-332. doi: 10.31616/asj.2020.0072. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32872755; PMCID: PMC8217855.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>БАЛАЛАРДАҒЫ ҚЫЗЫЛША: ЗАМАНАУИ ВАКЦИНАПРОФИЛАКТИКА</b> Абдулдаева Ә.Е., Азатбекова О.А., Асанбай Ә.М., Батыр З. Қ.	3
<b>БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</b> Абзалбеков А.З., Токпанов А.К., Аскараров М.С., Мәми Д.Е.	8
<b>УРЕТЕРОНЕОСТОМИЯ ПО ПОЛИТАНО-ЛИДБЕТТЕРУ ЕДИНЫМ БЛОКОМ В ЕДИНОМ ФУТЛЯРЕ ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ</b> Абзалбекова А.З., Ким Д.А., Аман Н.А.	12
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b> Аблайханова Н.Т., Шадман Н.О., Шаймерденқызы А.	16
<b>ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ В НАШЕ ВРЕМЯ</b> Аккошов Р., Мауленова А.А.	22
<b>ТӨМЕНГІ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫНДА АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ РАЦИОНАЛДЫ ҚОЛДАНУ</b> Ақжан Ә.Р., Аймахан Ә.С., Амалбек Г.Д., Байсалов Б.У.	25
<b>САМАЙЛЫҚ ЭПИЛЕПСИЯ КЕЗІНДЕГІ КОГНИТИВТІ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ</b> Ақтай Б.Х., Туксанбаева Г.У.	28
<b>МЕДИЦИНАДАҒЫ ЖАҢА АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР</b> Чимкентбаева Р. А.	34
<b>THE ROLE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE</b> Altybaev Y.E. Baizakova B.T.	36
<b>ЗНАЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ</b> Альдекова Р., Байділдаева А.С.	43
<b>БЕЛ ОМЫРТҚАНЫҢ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІЛЕРІНІҢ ГРЫЖАСЫНАН ТУЫНДАҒАН ҰЙҚЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ: ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ</b> Амангелді А.Е., Шакеев Қ.Т	46
<b>RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PHARMACOTHERAPY: ASSESSMENT OF THE RATIONAL USE OF DRUGS IN THE NEPHROLOGY DEPARTMENT OF A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL</b> Assan A., Kerimbayeva Z., Moldaliyev I.	50
<b>ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ОСМС НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОР ОРГАНОВ</b> Асилова А.К., Исламова М. Р.	53
<b>АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН ҚОСАРЛАНА ЖҮРЕТІН БРОНХИТТІҢ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</b> Аташова К.К., Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.	58

<b>БАЛАЛАРДАҒЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЭНДОКАРДИТТІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</b> Ауезова М.Ш., Ахат Ә.Қ., Болысбек Б.Н., Джамалбекова А.Д.	61
<b>ПОПУЛЯРНОСТЬ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАРАГАНДИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА</b> Бауыржанқызы А., Агаркова И.А	66
<b>ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ МЕКЕМЕЛЕРГЕ БЕЙІМДЕУ КЕЗЕҢІНДЕ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ</b> Елшібек С. Б., Төрбек Ә.Қ., Тұрсынбек Э. Н., Нұралы Б. М.	71
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ (ЭРПХГ) В ВЫБОРЕ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</b> Ермекова А.А., Нурманов К.Ж., Джаркенов Т.А.	78
<b>ҚАНТ ДИАБЕТИ 2-ТИПТЕГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ТӘРТІБІНІҢ БҰЗЫЛЫСЫ</b> Есімбекова Д. О., Ерген Б. Н., Ниязметова Л.Х.	81
<b>ЛИПИД АЛМАСУ БҰЗЫЛЫСЫ БАР ЖӘНЕ КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯСЫ ЗАҚЫМДАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ СЕМІЗДІКПЕН БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ</b> Есімбекова Д.О., Ниязметова Л.Х., Ерген Б.Н.	83
<b>БАЛАЛАРДА ҰЙҚЫ БЕЗІ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ</b> Әбдиев Б.Н., Байдуллаев Е.Е., Сулейменов Б.Ж., Нарходжаев Н.С.	86
<b>ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ КЕЗІНДЕГІ ТРОМБОЛИТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ</b> Жайдақбай Г.С., Ақтай Б.Х., Мұсақұл М.А., Дүйсембай Н.М., Тұрғанбек Қ.	89
<b>ШЕК СТОМАЛАРЫ ЖӘНЕ ЖЫЛАНКӨЗДЕРІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖАРА АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ</b> Жалғасбаев А. А., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.	92
<b>CLINICAL FEATURES ASSOCIATED WITH THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST-SEGMENT ELEVATION</b> Kaldybayev E.B., Ababakirova D. T.	94
<b>ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА</b> Келсін Ж.Ж., Сағынтай А.Ж.	102
<b>БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ АСПЕКТІЛЕРІ</b> Қуаныш Ж. Ф., Мұсабай А. П.	105
<b>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ</b> Құрбан А.М., Бокаева С.С., Мирхадиева З.О.	110
<b>АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН ҚОСАРЛАНА ЖҮРЕТІН БРОНХИТТІҢ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</b> Құтыш А.Н., Орынбасар А.С., Анас Г.О.	115

<b>БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ НУТРИТИВТІ СТАТУСЫН БАҒАЛАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ</b> Мирзакен Б.П., Омаркулова Л.Қ., Турарбаев Д.Т., Анарбаева Н.	118
<b>БАЛАЛАРДА ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЕМІНДЕ ЭРГОФЕРОН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ</b> Мұртаза Д.С., Жұмаев Б.Б., Төлебай Б.С., Әбдіхан А.Қ.	122
<b>«МЕТАДОНДЫҚ ТЕРАПИЯ» БАҒДАРЛАМАСЫН ӘЗІРЛЕУДІ ЖАҚСARTУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚР МЕН ТМД ӨНІРЛЕРІНДЕ АИТВ-НЫҢ АЛДЫН АЛУ КЕЗІНДЕГІ ТИІМДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ</b> Мұсылман А.Б., Шайзадаева А.А.	126
<b>ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВАЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</b> Ниязметова Л.Х., Есімбекова Д.О., Ерген Б.Н.	129
<b>ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ГЛЮКОЗУРИЯ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ ФУНКЦИЯСЫ ЖАҚСАРУЫНЫҢ МАҢЫЗДЫ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ</b> Перекеева Ж. Б., Темирхан А.Н.	131
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> Садькова А.Ш.	137
<b>ИНФРАҚЫЗЫЛ УЛЬТРАКУЛГІН СӘУЛЕЛЕРІНІҢ ЖАСАНДЫ КӨЗДЕРІН МЕДИЦИНАДА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯДА ПАЙДАЛАНУ</b> Смаил Б., Маханбетова М.А.	142
<b>СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛКІСІЗДІГІНІҢ НЕГІЗГІ ЕМІНДЕГІ ҚАНТ ДИБЕТІНЕ ҚАРСЫ БЕРІЛЕТІН ДӘРІЛЕРДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ</b> Темирхан А.Н.	145
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В НЕЙРОХИРУРГИИ</b> Тохтаров Б.О., Слам Р.Н., Теңгебай М.Ә.	150
<b>ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ»</b> Халикулова С., Самченко И.А.	153
<b>СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ШЫМКЕНТ</b> Юлдашова Х.Б., Хайтметова Н.Ф.	157
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ</b> Юнусметов Э.Ш., Әуезханқызы Д., Турабеков Ф.М.	160