



**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)./AppData/Roaming/Microsoft/  
[Word/medacadem@rambler.ru](mailto:Word/medacadem@rambler.ru)

**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,  
Республика Польша)



**«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**

**ҰЙЫМДАСТЫРУ КОМИТЕТІ:**

**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 South Kazakhstan Medical Academy**

**«XXI ҒАСЫРДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ  
САҚТАУ» секциясы**

УДК 614.1

**Протасова М.С., Галаева А.И., Рогова С. И.**

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Аннотация**

*Представлен анализ статистических данных заболеваемости и смертности от болезней сердечно-сосудистой системы по Карагандинской области, показана динамика заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы, в том числе болезнями системы кровообращения, ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.*

**Ключевые слова:** смертность, заболеваемость, сердечно-сосудистые заболевания, Карагандинская область

**Протасова М. С., Галаева А. И., Рогова С. И.**

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Қарағанды, Қазақстан

**ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ  
СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ ЖӘНЕ ӨЛІМ-ЖІТІМ ДИНАМИКАСЫ**

**Аннотация**

*Қарағанды облысы бойынша жүрек-қантaмыр жүйесі ауруларынан болатын аурушаңдық пен өлім-жітім бойынша статистикалық деректердің талдауы берілген, жүрек-қантaмыр жүйесі ауруларының, оның ішінде қан айналымы жүйесі ауруларының, жүректің ишемиялық ауруы мен артериялық гипертензияның аурушаңдық динамикасы көрсетілген.*

**Кілт сөздер:** өлім-жітім, аурушаңдық, жүрек-қан тамырлары аурулары, Қарағанды облысы.

**Protasova M.S., Galaeva A.I., Rogova S. I.**

JSC «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan

## THE DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN THE KARAGANDA REGION

### *Annotation*

*An analysis of statistical data on morbidity and mortality from diseases of the cardiovascular system in the Karaganda region is presented, the dynamics of the incidence of diseases of the cardiovascular system, including diseases of the circulatory system, coronary heart disease and arterial hypertension is shown.*

**Key words:** *mortality, morbidity, cardiovascular diseases, Karaganda region.*

Одним из важных моментов озабоченности как мирового медицинского сообщества, так и здравоохранения Казахстана, является повсеместное распространение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным ВОЗ в 2022 во всём мире на сердечно-сосудистые заболевания приходилось 33% от общей смертности, в Казахстане - 22,6% от общей смертности [1,2].

Следует отметить, что сердечно-сосудистые заболевания являются причиной роста нетрудоспособного населения, так как характеризуются медицинской, экономической и социальной значимостью, основываясь на больших показателях инвалидизации и высокой смертности [3].

Среди наиболее существенных факторов, влияющих на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, можно выделить курение, гиперхолестеринемию и повышенное артериальное давление, которые в комбинации значительно усиливают эффект друг друга [4,5,6].

Система здравоохранения Республики Казахстан, безусловно, принимает соответствующие превентивные и профилактические меры с целью снижения неблагоприятных тенденций заболеваемости и смертности в области ССЗ [5,7,8], однако анализ показателей смертности и заболеваемости населения Карагандинской области сердечно-сосудистыми заболеваниями в период 2020-2022 годов показал устойчивую тенденцию к увеличению как общей заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы, так и отдельных заболеваний данной категории.

Так, проанализированы относительные показатели заболеваемости и смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы по Карагандинской области. Данные получены из статистических сборников заболеваний по видам в разрезе областей 2020-2022 годов [9]. Анализ проведён по заболеваниям болезней системы кровообращения (далее БСК) и ишемической болезни сердца (далее ИБС).

В результате изучения статистических данных заболеваемости по Карагандинской области установлено, что заболеваемость БСК в 2020 году составляла 1901,6 на 100 тыс. населения, в 2021 году произошло увеличение показателей заболеваемости на 12,3% (до 2135,9 на 100 тыс. населения), а в 2022 отмечен рост на 21,5% в сравнении с 2021 (2595,1 на 100 тыс. населения), т.е. относительный показатель вырос на 693,5 на 100 тыс. населения в период с 2020 г. по 2022 г. Показатель ИБС в 2021 году в сравнении с 2020 вырос на 1,9% - с 473,8 до 482,8 на 100 тыс. населения.

При изучении статистических показателей смертности установлено уменьшение смертности от БСК: ИБС и АГ. Так, если относительный показатель общей смертности от БСК в 2021 году был равен 389,47 на 100 тыс. населения, то в 2022 году этот показатель уменьшился на 37,8% (до 242,4 на 100 тыс. населения). Смертность от ИБС в 2022 году снизилась на 36,17% в сравнении с 2021 годом (с 130,72 до 83,44 на 100 тыс. населения) [9, 10]. Смертность от АГ как в 2021 году, так и в 2022 году довольно низкая в сравнении с ИБС и общим показателем БСК, что можно объяснить принадлежностью АГ к факторам риска ССЗ, нежели к независимым заболеваниям [5].

Таким образом, проведённый анализ показателей заболеваемости и смертности в Карагандинской области за период 2020-2022 гг., выявил увеличение показателей заболеваемости сердечно-сосудистой системы и падение показателей смертности, что, на первый взгляд, не прослеживает корреляции: в то время как заболеваемость растёт, смертность падает. Данная ситуация может объясняться несколькими действующими факторами, а именно своевременной и ранней выявляемостью заболеваний ССЗ, грамотным и действенным лечением, результативными мерами вторичной профилактики. Вместе с тем, несмотря на некоторые улучшения в показателях смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, ситуация по-прежнему остаётся тревожной, что выявляет необходимость в повышении эффективности и совершенствовании системы оказания медицинской помощи людям с ССЗ.

### **Список литературы:**

Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан: <https://www.gov.kz/memleket/entities/stat>  
«World Health Statistics 2022»: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf>  
Маринина Е.С., Нагибин О.А Научное обоснование основных путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний //Universum: Медицина и фармакология: электрон.научн.журн.

2018.-№2(47). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnoe-obosnovanie-osnovnyh-putey-profilaktiki-serdechno-sosudistyh-zabolevaniy>

Алиханова К.А., Омаркулов Б.К., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А. Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области//Фундаментальные исследования. 2013.-№9(5).

URL:<https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32768>

Искаков Е.Б., Алиханова К.А., Концевая А.В., Абугалиева Т.О., Кажикаримов С.С. Результаты сравнительного анализа распространенности основных поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди сельских жителей Карагандинской области//Медицина и экология.2018. - №3. – С. 43-50

Искаков Е.Б. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. //Медицина и экология.2017. - №2. – С. 19-28

Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т. Оценка риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Адаптированное клиническое сестринское руководство//Нур-Султан: республиканский центр здравоохранения, 2019.- 72с.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 декабря 2021 года № ҚР ДСМ-139. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 января 2022 года № 26401 «Об утверждении стандарта организации оказания кардиологической, интервенционно кардиологической, интервенционно аритмологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан»:

URL:<https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100026401>

Статистический сборник заболеваний по видам в разрезе областей: [https://nrchd.kz/files/новое%202023/Сборник\\_за%202021%20-022%20гг.%20ок..pdf](https://nrchd.kz/files/новое%202023/Сборник_за%202021%20-022%20гг.%20ок..pdf)

Официальный информационный ресурс Премьер-Министра Республики Казахстан: «Обзор казахстанской системы здравоохранения: итоги 2021 года»:

<https://primeminister.kz/ru/news/reviews/obzor-kazahstanskoy-sistemy-zdravoohraneniya-itogi-2021-goda-1933931>

УДК 616.853:616-009.24-053

**Сайдумаров.Д., Әмір.Е., Перне., Мизамов Д.М., Мусирепова З.Д.**

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ЗА 2021-2022 Г.**



**Актуальность.** Эпилепсия - это распространенное хроническое неврологическое заболевание, которое имеет серьезные социальные, поведенческие, медицинские и экономические последствия. Около 50 миллионов человек во всем мире страдают эпилепсией [1] Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, частота которой в популяции детского населения высока и достигает 0,5-1 % [2]. Занимает 4 место в списке психоневротических расстройств после депрессии, алкоголизма и цереброваскулярных заболеваний.[6] Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются среди детей первого года жизни - 23% [3]. У 70% пациентов эпилепсия впервые наблюдается в детском и подростковом возрасте и считается одним из распространенных заболеваний детской неврологии [4]. По данным Министерства здравоохранения, в стране по состоянию на 1 января 2022 года в Электронном регистре диспансерных больных зарегистрировано 76 678 человек с эпилепсией, из них детей в возрасте до 18 лет – 27545 (35,9%)[5]

**Цель исследования.** Выявить динамику заболевание эпилепсией на территории Туркестанской области с 2021 по 2022 год.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для создания данной статьи является данные история болезни областной детской клинической больницы Туркестанской области с 2021 по 2022 год.

**Результаты и обсуждения.** На основе анализа данных по Туркестанской области за 2021 год было зарегистрировано 80 пациентов из которых 34 девочек 46 мальчиков, также поделены по формам эпилепсии. Локализованная (фокальная)(парциальная) симптоматическая эпилепсия 77, и 3 случая генерализованных форм, показатели за 1 год выросли на 61, 25 % составила 129 новых случаев эпилепсии из них 89 мальчиков и 40 девочек 9 случаев генерализованной идиопатической эпилепсии и 120 форм Локализованной (фокальной) симптоматической эпилепсии и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками.



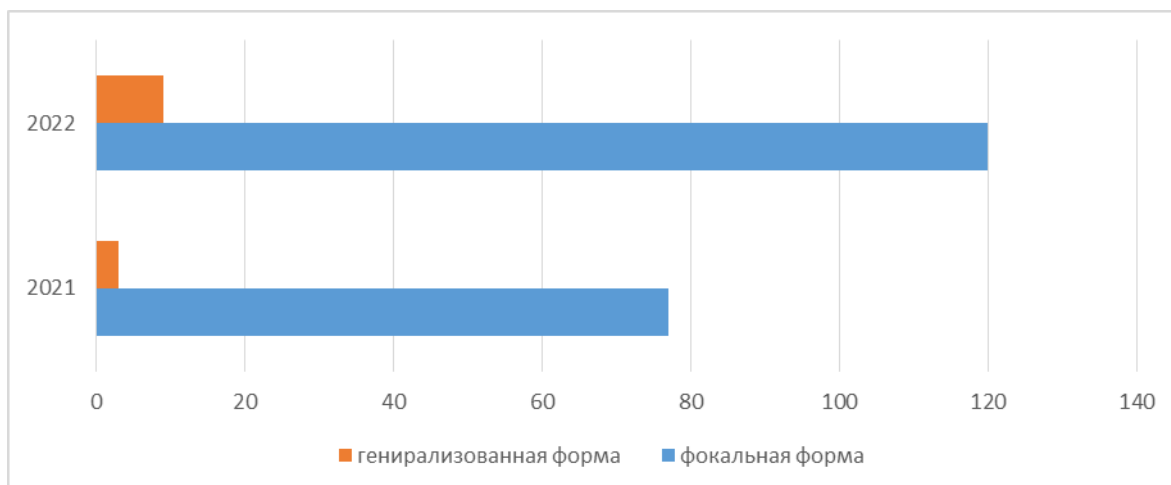


Рисунок 1- Результаты

Таблица 1. Результаты

	2021	2022
Мальчики	46	89
Девочки	34	40

**Вывод.** Результаты исследования показывают, что показатели выросли на 61,25%. Мальчики заболевают чаще 61,59% Локализованная (фокальная)(парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками составляет 94,25 %.

**Ключевые слова:** эпилепсия, epilepsy, резистентность, дети

#### Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранение
2. Карась А.Ю., Воскресенская О.Н. Эпидемиологическая характеристика эпилепсии детского возраста в г. Саратове // Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы: матер. Всерос. конф. – Саратов: 2004. – С. 152-156. 5
3. Fisher R.S., van Emde Boas W., W. Elger C., Genton P., Lee P. et al. Epileptic seizures and epilepsy definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE) // Epilepsia. – 2005. – V. 46. – P. 470-472
4. Болдырев, А.И. Эпилепсия у детей и подростков. - М.: Медицина, 1990. – 318 с.
5. [https://www.inform.kz/ru/skol-ko-epileptikov-v-kazahstane\\_a3908609](https://www.inform.kz/ru/skol-ko-epileptikov-v-kazahstane_a3908609)
6. ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ В КАЗАХСТАНЕ З.А. Билялова Д.М. Кульмирзаева Ж.Б. Тельманова Ж.Ж. Кожаметова С.Т. Орозбаев Н.С. Игисино

Джобалаева Б.С.

«Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан

## АУЫЛДЫҚ ЖЕРЛЕРДЕ ТАПШЫЛЫҚТЫ ЖОЮ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КАДРЛАРДЫ ҢНТАЛАНДЫРУ

### **Аннотация**

*Ауылдық және шалғай аудандардағы медициналық кадрлардың тапшылығын еңсеру проблемасы еліміздің барлық өңірлерінде әр түрлі дәрежеде бар.*

*Мақаланың мақсаты-ағымдағы бағдарламаларды жетілдіруге не ықпал ететінін және дәрігерлер мен медбикелерді әлеуметтік қолдау мен экономикалық ынталандырудың қандай шаралары ауылдық және шалғай аумақтардағы медицина кадрларының тапшылығын жоюға ықпал ететінін көрсету. Социологиялық зерттеу жүргізілді, оның барысында мәліметтер жиналды және талданды. Зерттеу нәтижесінде ауылдық және шалғай аудандарда медициналық қызметкерлерді тарту және бекіту бойынша аймақтық және муниципалды бағдарламалар мен жеке бастамаларды жетілдірудің ең перспективалы бағыттары анықталды. Атап айтқанда: нысаналы қабылдау, оқытуды қоса қаржыландыру бағдарламалары, қосымша стипендиялар мен жеңілдіктер, бір реттік "көтеру" және тұрғын үй проблемаларын шешуге жәрдемдесу, жоғары оқу орнынан кейінгі кәсіптік білім алуға жәрдемдесу, тұрақты негізде қосымша ақшалай төлемдер, қосымша білім алу және біліктілікті арттыру, аудандық және өңірлік шеберлік конкурстарының жеңімпаздарына ақшалай сыйлықақылар.*

**Кілт сөздер:** *Денсаулық сақтау жүйесін кадрлармен қамтамасыз ету; ауылдық денсаулық сақтаудағы кадрлық саясат; медициналық персоналды экономикалық ынталандыру.*

УДК 331:616-051

**Джобалаева Б.С.**

НАО «Медицинский университет Семей», г.Семей, Казахстан

## СТИМУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТА В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

### **Аннотация**

*Проблема преодоления дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных районах существует во всех регионах страны в разной степени.*

*Цель статьи-показать, что способствует совершенствованию текущих программ и какие меры социальной поддержки и экономического стимулирования врачей и медсестер способствуют устранению дефицита медицинских кадров в сельских и отдаленных районах. Было проведено социологическое исследование, в ходе которого были собраны и проанализированы данные. В результате исследования выявлены наиболее перспективные направления совершенствования региональных и муниципальных программ и частных инициатив по привлечению и закреплению медицинских работников в сельских и отдаленных районах. В частности: целевой прием, программы софинансирования обучения, дополнительные стипендии и льготы, разовое "повышение" и содействие в решении жилищных проблем, содействие в получении послевузовского профессионального образования, дополнительные денежные выплаты на постоянной основе, дополнительное образование и повышение квалификации, денежные премии победителям районных и региональных конкурсов мастерства.*

**Ключевые слова:** кадровое обеспечение системы здравоохранения; кадровая политика в сельском здравоохранении; экономическое стимулирование медицинского персонала.

**Jobalayeva B.S.**

«Semey Medical University» NJSC, Semey, Kazakhstan

## **STIMULATING MEDICAL PERSONNEL TO ELIMINATE SHORTAGES IN RURAL AREAS**

### ***Annotation***

*The problem of overcoming the shortage of medical personnel in rural and remote areas exists to varying degrees in all regions of the country.*

*The purpose of the article is to show what contributes to the improvement of current programs and what measures of social support and economic incentives for doctors and nurses contribute to the elimination of the shortage of medical personnel in rural and remote territories. A sociological study was conducted, during which data was collected and analyzed. As a result of the study, the most promising areas for improving regional and municipal programs and private initiatives to attract and approve medical personnel in rural and remote areas were identified. In particular: targeted admission, training co-financing programs, additional scholarships and benefits, one-time "lifting" and assistance in solving housing problems, assistance in obtaining postgraduate professional education, additional cash payments on a regular basis, additional*

*education and advanced training, cash premiums for the winners of district and regional skill competitions.*

*Key words: staffing the healthcare system; personnel policy in rural healthcare; economic incentives for medical personnel*

**Өзектілігі:** Ауылдық жерлердегі әлеуметтік-демографиялық ахуалды жақсарту, атап айтқанда: алғашқы медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігі мен сапасын арттыру және ауылдық жерлерде фельдшерлік-акушерлік пункттер және (немесе) жалпы практика дәрігерлерінің кеңселері желісін дамыту есебінен туу коэффициентін ұлғайту, өлім – жітімді азайту және ауыл халқының өмір сүру ұзақтығын арттыру-әлеуметтік-экономикалық тиімділік.

Айта кету керек, бұл мәселені шешу жолдары шетелде белсенді талқылануда, өйткені шалғай және ауылдық жерлерде медициналық кадрлардың тапшылығы дамушы елдерде ғана емес, сонымен қатар дамыған елдерде, соның ішінде АҚШ, Канада, Жапония, Ұлыбритания, Норвегия, Австралия және т. б. бірқатар авторлар қарқынды жолға көшу қажет деген пікірді қолдайды қашықтықтан диагностикалық технологиялар мен телемедицинаны көбірек пайдалануға баса назар аудара отырып, ауылдық және шалғай аудандардағы медицина қызметкерлерінің тапшылығын азайтады. Алайда, шетелдік зерттеушілердің көпшілігі мемлекет тарапынан медициналық кадрларды әлеуметтік қолдау мен экономикалық ынталандырудың ең тиімді шараларын іздеуге бейім. Мәселен, мысалы, Германияда ауылдық жерлерде дәрігерлерді бекіту үшін жеңілдетілген ерікті медициналық сақтандыруды енгізу жақсы нәтиже көрсетті. Ал Австралияда жергілікті тұрғындар болып табылатын және ауылдық жерлерде жұмыс істеуге оқығаннан кейін келісім берген медицина мектебінің студенттеріне Үкімет жыл сайын 12,500\$ қосымша стипендия төлейді, ал медбике лицензиясын алғаннан кейін ежелег 25,000 \$ қосымша жылдық төлем төлейді. Финляндия мен Норвегияда медициналық университеттердің түлектерін шалғай аудандарда жұмыс істеуге тартудың тиімді шараларының бірі ретінде бітіру курсы студенттерінің міндетті 6 айлық тәжірибесі, одан кейінгі бонустар қолданылады. Қазіргі уақытта Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы медицина кадрларының саны 207 мыңнан астам маманды құрайды, оның ішінде 144 мыңға жуық мейірбике персоналы бар. Жалпы кадрлардың 70% - ы медициналық қызмет көрсетушілер. Дәрігерлердің жалпы санының 18% - дан астамы және орта персоналдың 33% - ы ауылдық жерлерде еңбек етеді. Сонымен қатар, 2011 жылдың қорытындысы бойынша дәрігерлік кадрларға қосымша қажеттілік 4,1 мыңды құрайды, оның ішінде ауылдық өңірлерде 1,9.

Қазақстан аумағы медициналық кадрларды бөлудегі өте жоғары біркелкілігімен сипатталады: 10 мың тұрғынға 20-дан 45,7-ге дейін. Ауылдық денсаулық сақтау дәрігерлерімен қамтамасыз ету бұрынғысынша төмен болып қала береді және 10 мың тұрғынға шаққанда 11,0-ден 18,9-ға дейін ауытқиды. Шалғайдағы және ауылдық жерлердегі білікті Денсаулық сақтау қызметкерлерінің жеткіліксіз саны халықтың едәуір бөлігінің Денсаулық сақтау қызметтеріне қол жеткізуін қиындатады.

**Мақсаты:** бағдарламаларды жетілдіруге не ықпал ететінін және дәрігерлер мен медбикелерді әлеуметтік қолдау мен экономикалық ынталандырудың қандай шаралары ауылдық және шалғай аумақтардағы медицина кадрларының тапшылығын жоюға ықпал ететінін көрсету.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Медициналық жоғары оқу орындары мен колледждердің түлектерін, сондай-ақ ауылдық және шалғай аудандарда ғана жұмыс істейтін жұмысшы мамандарды тарту. Қазақстанда түрлі бағдарламалар жүзеге асырылуда.

Бағдарламаның мақсаттары:

- Ауыл дәрігері жұмысының тартымдылығын қамтамасыз ету.
- Мұқтаж жас мамандарға тұрғын үй алу мүмкіндігін ұйымдастыру.
- Қызмет көрсету және қолжетімділік деңгейі қалаларға қарағанда әлдеқайда төмен ауылдық жерлерде медициналық проблеманы шешу.
- Кадрлық әлеует тапшылығын еңсеру.

Дәрігерлердің ауылдық жерлерде орналасуға ұмтылмауының себептеріне мыналар жатады:

- кәсіби қоғам арасында ауыл дәрігерінің беделсіздігі және төмен мәртебесі.
- сапалы білім беру-мәдени инфрақұрылымның болмауы және балаларға орта білім беру мүмкін

Ауылдық және шалғай аудандарда жұмыс істейтін медицина қызметкерлеріне әлеуметтік қолдау шаралары. Өңірлік бюджеттер есебінен нысаналы бағыттар бойынша медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру және жоғары оқу орнынан кейінгі қосымша даярлау белсенді қолданылады.

Денсаулық сақтау саласындағы, сондай-ақ Әлеуметтік және экономикалық салалардағы теңсіздік ауыл тұрғындары үшін түпкілікті проблема болып қала береді. Ауыл халқы әдетте кедей, денсаулық деңгейі төмен және жұмыссыздық, толық емес жұмыс және бейресми жұмыспен қамту деңгейі жоғары. Ауыл халқының шамамен 51-67% - основным денсаулық сақтаудың негізгі қызметтеріне тиісті қол жетімділік жоқ деп есептеледі, яғни шамамен 2

миллиард адам қараусыз қалады. Кейбір елдерде ауыл тұрғындарының медицина қызметкерлеріне қол жетімділігі қала тұрғындарына қарағанда 10 есе аз.

Жұмыс күші нарығын толықтырудың маңызды сипаттамаларының бірі дәрігерлердің жалпы жас құрылымындағы жас кадрлардың саны болып табылады. Соңғы жылдары салаға жас мамандар ағынының оң үрдісі байқалғанына қарамастан, олардың үлесі дәрігерлік кадрлардың жалпы санының 4% - 4 аспайды. Бұрынғысынша, кәсіптің төмен тартымдылығына және мотивациялық тетіктердің болмауына байланысты ЖОО түлектерінің жұмысқа орналасу деңгейі 87% - дан аспайды.

Кадр ресурстарын басқару жүйесі, білікті басқару әлеуетінің жетіспеушілігі, кадр қызметтері жұмысының ескірген қағидаттары, Менеджмент және денсаулық сақтау экономикасы, әлеуметтік қызметкерлер саласындағы мамандардың жетіспеушілігі тиімді әлеуетті құру жолында елеулі кедергі болып табылады.

Денсаулық сақтауды табысты реформалау штаттық құрылымды жоспарлау мәселелерін, оның ішінде медицина қызметкерлерінің әртүрлі санаттарын, олардың білімін, медициналық персоналды кәсіптік даярлау мен аккредиттеуді, сондай – ақ ынталандыру жүйелерін және т.б. қоса алғанда, кешенді қарау кезінде ғана мүмкін болады. Келесі мәселелер шешілмеген күйінде қалып отыр: білікті кадрлардың саладан, әсіресе бастапқы амбулаториялық-емханалық буыннан кетуі; жалпы бейіндегі дәрігерлердің, тар мамандардың, дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің саны арасында диспропорцияның болуы; еңбекақының төмен деңгейі және медицина қызметкерлері үшін мемлекет тарапынан әлеуметтік кепілдіктердің жеткіліксіздігі.

Медициналық ЖОО түлектерін ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау мекемелеріне жұмысқа орналастыру және ауылдық денсаулық сақтау мамандарын әлеуметтік-экономикалық ынталандыру іс-шараларын іске асыру процесіне кешенді көзқарас дәрігерлік кадрларды тарту және бекіту тетіктерін оңтайландыруға мүмкіндік береді, бұл ауыл халқына медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруға ықпал ететін болады.

Денсаулық сақтауды басқарудың өңірлік органдары ауылдық денсаулық сақтаумен айналысатын жас мамандарды кадрлық есепке алу жүйесін жолға қою; әлеуметтік-демографиялық және кәсіптік-мотивациялық ерекшеліктерді ескере отырып, ауылдық денсаулық сақтау мамандарын тарту және бекіту жөніндегі іс-шараларды оңтайландыру, сондай-ақ түлектердің жұмысқа орналасуына мониторинг жүргізу және жұмысқа орналасу үшін барынша алғышарттары бар Студенттер когортасын анықтау мәселелері бойынша медициналық ЖОО-мен өзара іс-қимылды ұйымдастыру қажет. ауылдық жерлердегі медициналық мекемелер және оларға бекіту.

Бірқатар отандық авторлар ауылдық жерлердегі медициналық мекемелерді кадрлармен қамтамасыз етуді жақсарту медицина қызметкерлеріне жеңілдіктер беру жүйесіне (жалақы, тұрғын үй, ыңғайлылық, кәсіби және мәдени сұраныстарды қолдау және т. б.), әртүрлі санаттағы ауыл дәрігерлерін кәсіби даярлау критерийлерін әзірлеуге, сондай-ақ сапа мен көлемді ескере отырып, сараланған еңбекақы төлеу тетіктерін қалыптастыруға негізделуі керек деп санайды жұмыс.

Жоғары білім беру ұйымына ауылдық жерлерде жұмысқа орналасуға және бекітуге барынша айқын алғышарттары бар студенттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары туралы ақпаратты қамтитын электрондық деректер базасын қалыптастыруды ұсынған жөн. Түлектерді жұмысқа орналастыруға жәрдемдесу орталығының штаттық кестесіне заңгер лауазымын енгізу, сондай-ақ студенттер үшін ауылдық жерлерде кәсіптік міндеттерді іске асыруға оң көзқарас қалыптастыру жөніндегі іс-шараларды ұйымдастыру қажет.

Ауылдық жердегі медициналық мекемелердің басшыларына медициналық ЖОО түлектерін жұмысқа орналастыруға жәрдемдесу қызметтерімен өзара іс-қимыл тетіктерін құру, студенттердің ауыл дәрігерінің оң имиджін қалыптастыруға белсенді қатысу ұсынылады. Жас мамандарды кәсіби жетілдіру мүмкіндіктерін кеңейту жөніндегі іс-шаралар кешенін, сондай-ақ ауылдық жердегі медициналық мекемеде жас маманды жұмысқа орналастыруға және бейімдеуге жәрдемдесу туралы ережелерді әзірлеу және енгізу қажет болады.

Ауылдық аудандарды кадрлармен қамтамасыз етудің ең тиімді әдісіне ауылдық аудандардан студенттерді қабылдау, олардың белгілі бір оқу кезеңдерінен өтуі, осы аумақтарда практика жатады.

**Қорытынды:** Қаржылық ынталандыру ауылдық жерлермен байланысы бар үміткерлерге және дәрігердің мансаптық өсуіне көбірек мүмкіндіктер болған кезде тиімді жұмыс істейтіні анықталды.

Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, өңірлердің әлеуметтік-экономикалық даму деңгейіндегі айырмашылықтарға байланысты іске асырылатын іс-шаралар құрамы мен бағыты бойынша ерекшеленеді, іс-шаралардың басымдылығы мен жүйелілігі жоқ, бұл практикалық денсаулық сақтауда медициналық кадрларды тарту және сақтау жөніндегі міндеттерді шешудің тиімділігін төмендетеді.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 19 қыркүйектегі Қазақстан Республикасының Кодексі.



2. Қазақстан Республикасының 2007 жылғы 15 мамырдағы № 251-ІІЗРК Еңбек кодексі

3. Никулина Ю. Н. Денсаулық сақтау мекемелеріндегі кадрлармен қамтамасыз ету және персоналды ынталандыру мәселелері / Ю. Н. Никулина, О. А. Делигирова // университет кешені аймақтық білім, ғылым және мәдениет орталығы ретінде: бүкілресейлік ғылыми-әдістемелік конференция материалдары; Орынбор мемлекеті ун – т. - Орынбор: "Университет" БАӘ ЖШҚ, 2014. – 1547-1553 ББ.

4. Косенко а. а. медициналық персоналды медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыруға ынталандыру жүйесін әзірлеу / А. А. Косенко // бас дәрігердің орынбасары. – 2014. – №4. – Б.38-43.

5. Kakorina E. Main indicators of resources and activities of the health system. Moscow: Sechenovskij Univeritet; 2019. Accessed February 21, 2020.

6. Зинченко Р.А., Кутцев С. и., Александрова о. Ю., Гинтер Е. К. ауылдық аумақтардағы медициналық кадрлардың тапшылығын жою үшін экономикалық ынталандыру. Әлеуметтік гигиена мәселелері және медицина тарихы. 2020;5:865-877.

ӘОЖ 613.25

**Жайлауов Ш.Б., Жексенбек Н.А., Әлімбатыров А.Ә., Зординова К.А.**

Қазақстан-Ресей медициналық университеті, Алматы қ Қазақстан,.

### **ЭЛЕКТРОНДЫ ТЕМЕКІНІ ТҰТЫНУ ЖИЛІГІН ЗЕРТТЕУ**

#### **Аннотация**

*Қазіргі уақытта электронды темекіні тұтыну көптеген адамдар арасында, әсіресе жастардың арасында кеңінен жайылып барады. Көптеген ғалымдар электронды темекінің организмге зияндылығын зерттеуге баса назар аударып отыр. Бұл құрылғы жай темекіден асып түспесе, кем болмайды және организмге кері зияны айтарлықтай көп. Мақалада денсаулық сақтау саласында өзекті мәселенің бірі болып табылатын темекі өнімдерін тұтыну жиілігін зерттеу және оны саралау бойынша айтылады.*

**Кілт сөздер:** электронды темекі, табак, никотин, көмірқышқыл газы, аммиак, канцерогендік әсер.

**Жайлауов Ш.Б., Жексенбек Н.А., Әлімбатыров А.Ә., Зординова К.А.**

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

### **ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ**

**Аннотация**

В настоящее время употребление электронных сигарет получает широкое распространение среди многих людей, особенно среди молодежи. Многие учёные сосредоточены на изучении вредного воздействия электронных сигарет на организм. В статье речь идет об исследовании и дифференциации частоты потребления табачных изделий, что является одной из актуальных проблем в сфере здравоохранения.

**Ключевые слова:** электронная сигарета, табак, никотин, углекислый газ, аммиак, канцерогенное действие.

**Zhailauov Sh.B., Zhexenbek N.A., Alimbatyrov A.A., Zordinova K.A.**

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

**FREQUENCY OF ELECTRONIC CIGARETTE USE**

**Annotation**

*Currently, the use of electronic cigarettes is becoming widespread among many people, especially among young people. Many scientists are focused on studying the harmful effects of electronic cigarettes on the body. The article deals with the study and differentiation of the frequency of consumption of tobacco products, which is one of the pressing problems in the field of healthcare.*

**Key words:** *electronic cigarette, tobacco, nicotine, carbon dioxide, ammonia, carcinogenic effect*

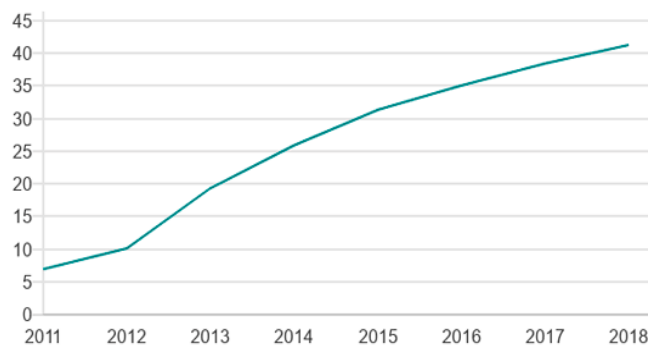
**Зерттеудің өзектілігі:** жастар көп жағдайда темекі өнімдерін әуестікпен шегіп үйренеді. Уақыт өте келе бұл тәуелдікке алып келеді. Тәтті дәмі мен хош иісіне елітудің ақыры – шылымқұмарлықпен ақталмайды, денсаулыққа орасан зор кері әсерін тигізеді. Электронды темекінің ішіндегі қыздырылатын табак әдеттегі темекіден бірнеше есе қауіпті. Электронды темекі құрамында никотин және көмір қышқыл газы бар. Одан бөлек, көміртек тотығы мен көгеретін қышқыл және аммиак қоспасы бар, шайырлар мен органикалық қышқылдар қатарлы отыздан астам улы заттардың қоспасы бар. Сонымен қатар, электронды темекінің қауіптілігі қате пайдаланылған жағдайда жарылуы немесе өртенуі мүмкін қауіпті құрылғылар болып табылады.

**Зерттеудің мақсаты:** Алматы қаласының тұрғындары арасында жасына және жынысына байланысты электронды темекіні тұтыну жиілігін анықтау және жүйелеу.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының дерегінше, темекі шегу салдарынан жыл сайын әлемде 8 миллионнан астам адам қайтыс болады. Қазақстанда шылымның кесірінен жыл сайын 18 мың адам көз жұмады екен. Дегенмен, соңғы жылдары жағдай жақсарып келеді. Мәселен, осыдан 10 жыл бұрын елімізде бұл көрсеткіш орта есеппен 25 мың адам болған. Мамандар бұны қазіргі таңда салауатты өмір салтын ұстанатындардың көбеюімен және темекі өнімдеріне салынатын салық түрлерінің артуымен байланыстырады. Темекінің зияны тек адам ағзасына тиіп жатқан жоқ, сонымен қоса қоршаған ортаға, жаһандық жылынуға да әсер етіп жатыр.

Мамандар темекі шегетін адамның өмірі орта есеппен 14 жылға қысқаратынын айтып отыр. Себебі темекі түтінінің құрамында көп мөлшерде болатын химиялық заттар адамның барлық дене мүшесіне теріс, соның ішінде канцерогенді әсер етеді [1]. Пульмонолог-дәрігер, республикалық аймақаралық пульмонологиялық комиссиясының төрағасы Константин Гаркаловтің сөзінше, темекі шегу кезінде темекі түтіні тыныс алу жолдарына әсер етеді, бұл эпителий тінінің өлуіне, шырышты қабатының біртіндеп бұзылуына әкеліп соғады [2].

Электронды темекі қазіргі таңда бүкіл әлемге белгілі. Уақыт өткен сайын бұл құрылғыға сұраныс артып, жыл сайын электронды темекіні қолдану көрсеткіштері айтарлықтай жоғары деңгейлерге жетіп отыр (1-сурет) [3].



Сурет 1-Әлемде электронды темекіні қолдануың өсу статистикасы.

Адамдар арасында электронды темекіні жасына байланысты тұтыну жиілігін зерттеу үшін Алматы қаласының 15 және 40 жастағы электронды темекіні тұтынатын 100 адам алынды, оның құрамында 50 әйел адам және 50 ер адам болды. Электронды темекіні тұтынатын адамдардың жынысына және жасына байланысты электронды темекіні тұтыну жиілігін анықтау жұмысы жүргізілді (1-кесте). Электронды темекіні тұтыну жиілігін анықтауда жасырын сауалнама жүргізілді. Сауалнама 5 сұрақтан құралды. Сауалнамаға қойылған сұрақтар: 1. Жынысыңыз (ер/әйел); 2. Темекіні қанша жасыңыздан бастап

тұтынасыз?; 3. Темекіні тұтынып жүргеніңізге қанша уақыт болды?; 4. Электронды темекіні тұтынасыз ба, тұтынатын болсаңыз қанша уақыттан бері тұтынып келе жатырсыз?; 5. Электронды темекіні күніне неше рет қолданасыз?

Кесте 1. Электронды темекіні тұтынатын адамдардың жасына және жынысына байланысты зерттеу.

Жынысы	Жасына байланысты:			
	15-20 жас	21-25 жас	26-30 жас	31-40 жас
Ер адамдар	8	16	21	5
Әйел адамдар	3	17	25	15

**Қорытындылар:** әлемде электронды темекіні тұтыну жиілігі жылдан жылға артып келе жатқаны анықталды. Электронды темекіні тұтынатын адамдардың жасына және жынысына байланысты зерттеудің қорытындысы бойынша 15-20 жаста (8 ер – 3 әйел адам), 21-25 жаста (16 ер – 17 әйел адам), 26-30 жаста (21 ер – 25 әйел адам), 31-40 жаста (5 ер – 15 әйел адам) болды, яғни зерттеу бойынша электронды темекіні көп тұтынатын 26-30 жас аралығындағы ер және әйел адамдар екені анықталды.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. <https://zhasalash.kz/news/elektrondy-temeki-zhastardy-ulap-barady-22539/>.
2. [https://kaz.inform.kz/news/kadimgi-temeki-men-elektrondy-temekinin-agzaga-tigizetin-ziyany-birdey-me\\_a3955146/](https://kaz.inform.kz/news/kadimgi-temeki-men-elektrondy-temekinin-agzaga-tigizetin-ziyany-birdey-me_a3955146/).
3. <https://dymok.net.ua/news/52-rasprostranenie-elektronnykh-sigaret-v-mire.html>.

ӘОЖ 616.1-07 : 614.446.

**Сахариев Е.Д., Искакова Н.С.**

«Семей медицина университеті» ҚеАҚ, Семей қ., Қазақстан

**СМУ СТУДЕНТТЕРІНДЕГІ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ  
ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫН АНЫҚТАУ**

**Аннотация**

Жұмыстың мақсаты СМУ студенттері арасында ЖҚА қауіп-қатер факторларын анықтау. Әдеби шолуды орындау үшін соңғы 5 жылдағы (2018 жылдан 2023 жылға дейін)

*PubMed және Google Scholar сияқты жетекші медициналық журналдар мен дерекқорларда жарияланған ғылыми мақалалар мен зерттеулер пайдаланылды. 19.09.2023-29.09.2023 аралығында Google Форма арқылы Семей медицина университетінің барлық курс студенттеріне сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға 280 адам қатысты. Сауалнамаға қатысқан барлық студенттің қан қысымы, дене салмағы, бойы өлшенді. Зерттеу нәтижелері бойынша сауалнамаға қатысушылардың 66,1%(181) - әйел, 33,9%(95) - ерлер болды. 16-31 жас аралығындағы жастар, орташа жас 18,4-ті құрады. Сауалнама нәтижесінде студенттердің туыстарында 32,5% артериалды гипертония, 22,1% диабет, 7,1% семіздік, 10% инсульт аурулары бар екені белгілі болды. Осылайша, зерттеуге қатысқан студенттерде генетикалық (туыстарында ЖҚА болуы) және өмір салтымен (темекі тарту, алкоголь қолдану, тұзды көп қолдану, гиподинамия, ұйқы) байланысты қауіп-қатер факторлары анықталды.*

**Сахариев Е. Д., Искакова Н. С.**

НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Казахстан

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ СГУ**

### **Аннотация**

*Цель работы выявление факторов риска, влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у студентов СМУ. Для выполнения обзора использовались научные статьи и исследования, опубликованные за последние 5 лет (с 2018 по 2023 год) в ведущих медицинских журналах и базах данных, таких как PubMed и Google Scholar. С 19.09.2023 по 29.09.2023 через Google анкету был проведен опрос студентов всех курсов медицинского университета Семей. В опросе приняли участие 280 человек. У всех опрошенных студентов измерялось артериальное давление, масса тела, рост. 66,1%(181) участников опроса были женщинами, 33,9%(95) - мужчинами. Молодежь в возрасте 16-31 лет, средний возраст составил 18,4 года. В результате опроса выяснилось, что у родственников студентов 32,5% были заболевания артериальной гипертонией, 22,1% - диабетом, 7,1% - ожирением, 10% - инсультом. Таким образом, у студентов, участвовавших в исследовании, были выявлены генетические факторы риска (наличие у родственников ССЗ) и факторы риска, связанные с образом жизни (курение, употребление алкоголя, чрезмерное употребление соли, гиподинамия, сон).*

**Sakhariev E. D., Iskakova N. S.**

## IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN SMU STUDENTS

### *Annotation*

*The purpose of the work is to identify risk factors affecting the development of cardiovascular diseases in SMU students. To carry out the review, scientific articles and studies published over the past 5 years (from 2018 to 2023) in leading medical journals and databases, such as PubMed and Google Scholar, were used. From 09/19/2023 to 09/29/2023, a survey of students of all courses of the Semey Medical University was conducted through a Google questionnaire. 280 people took part in the survey. Blood pressure, body weight, height were measured in all the interviewed students. 66.1% (181) of the survey participants were women, 33.9% (95) were men. Young people aged 16-31 years, the average age was 18.4 years. As a result of the survey, it turned out that 32.5% of the students' relatives had arterial hypertension, 22.1% had diabetes, 7.1% had obesity, and 10% had stroke. Thus, the students who participated in the study identified genetic risk factors (the presence of CVD in relatives) and lifestyle-related risk factors (smoking, alcohol consumption, excessive salt intake, physical inactivity, sleep).*

**Өзектілігі.** Жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) қоғамдық денсаулық сақтаудың бүкіләлемдік мәселесі және көптеген елдердегі өлімнің жетекші себебі болып қалуда. Диагностика мен емдеудегі айтарлықтай жетістіктерге қарамастан, бұл аурулар өзекті мәселе болып саналады. Соңғы жылдары ЖҚА дамуына ықпал ететін факторларды тереңірек түсіну мақсатында белсенді зерттеулер жүргізілуде.

*Генетикалық факторлар.* Генетикалық маркерлер мен мутацияларды зерттеу генетикалық бейімділікті анықтауға және алдын алу мен емдеудің жекелендірілген әдістерін жасауға мүмкіндік береді.

*Өмір салты және қауіп факторлары.* Тамақтану: жақында жүргізілген зерттеулер қаныққан май мен қантқа бай тағамдармен тамақтану ЖҚА үшін негізгі қауіп факторларының бірі екенін көрсетті. Жемістерді, көкөністерді және балықты тұтынуды арттыру, сондай-ақ өңделген тағамдарды тұтыну қауіпті азайтуға көмектеседі.

*Физикалық белсенділік:* тұрақты физикалық белсенділік ЖҚА алдын алудың ең қолжетімді және тиімді әдістерінің бірі болып қала береді. Жаттығудың орташа қарқындылығы жүрек пен қан тамырларының сау болуына ықпал етеді.

*Темекі шегу және алкоголь:* тұрақты темекі шегу және алкогольді пайдалану ЖҚА үшін маңызды қауіп факторлары болып табылады. Темекі шегуді тоқтату және алкогольді қалыпты тұтыну аурудың ықтималдығын азайтады.

*Қоршаған орта факторлары және қоғамдық денсаулық. Ауаның ластануы:* соңғы зерттеулер ауаның улы заттармен және ұсақ бөлшектермен ластануы ЖҚА қауіпін арттыратынын растайды. Ауаның ластануын азайту шаралары қоғамдық денсаулық үшін маңызды бола түсуде.

*Әлеуметтік-экономикалық факторлар:* әлеуметтік-экономикалық жағдайдың төмендігі, медициналық көмек пен білімге қол жетімділіктің шектелуі. *Клиникалық және метаболикалық факторлар. Қан қысымы:* жоғары қан қысымы ЖҚА үшін негізгі қауіп факторларының бірі болып қала береді. Қан қысымын үнемі бақылау және гипертонияны тиімді емдеу аурудың даму мүмкіндігін азайтады.

*Қандағы липидтер:* қандағы холестерин мен липидтердің жоғары деңгейі атеросклероз мен ЖҚА-ның маңызды қауіп факторы болып табылады. Холестеринді бақылау профилактиканың ажырамас бөлігі болып табылады.

**Жұмыстың мақсаты:** жүрек-қан тамырлары ауруларының дамуына әсер ететін қауіп факторларын анықтауға бағытталған заманауи зерттеулерге шолу жасап, СМУ студенттері арасында ЖҚА қауіп-қатер факторларын анықтау сауалнама жүргізу.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Әдеби шолуды орындау үшін соңғы 5 жылдағы (2018 жылдан 2023 жылға дейін) PubMed және Google Scholar сияқты жетекші медициналық журналдар мен дерекқорларда жарияланған ғылыми мақалалар мен зерттеулер пайдаланылды. 19.09.2023-29.09.2023 аралығында Google Форма арқылы Семей медицина университетінің барлық курс студенттеріне сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға 280 адам қатысты.

**Зерттеу нәтижелері.** Сауалнамаға қатысушылардың 66,1%(181) - әйел, 33,9%(95) - ерлер болды. 16-31 жас аралығындағы жастар, орташа жас 18,4-ті құрады. «Сіздің жақын туыстарыңыз келесі аурулармен ауыра ма(ауырған ба)?» деген сұраққа жоғары қан қысымы - 32,5%, қант диабеті - 22,1%, инсульт - 10% семіздік - 7,1%; 47,1% -жоқ десе, 10% - білмеймін деп жауап берген. «Қанша уақыт ұйықтайсыз?» деген сұраққа 7 сағаттан артық – 38,6% 7 сағаттан кем – 61,4% деп жауап берген. «Неше жасыңыздан бастап темекі (бір реттік темекі, вейптер) тартуды бастадыңыз?» деген сұраққа 16 жастан - 2,9%, 17 жастан - 1,4%, 13 жастан - 1,4%, 19 жастан - 1,4%, 20 жастан - 1,4%, 21 жастан - 1,1%, 15 жастан - 0,7%, 14 жастан - 0,4%, 18 жастан - 0,4%. «Қазіргі уақытта темекі (бір реттік темекі, вейптер) тартасыз ба?» деген сұраққа 92,1% – жоқ, 7,9% – иә деген. «Орташа алғанда, сіз



төменде келтірілген өнімдердің қаншасын күн сайын/апта сайын шегесіз?» деген сұраққа 21,8% - басқа түрі десе, бір реттік темекілер - 6,1% вейптер -3,2% дайындалған темекілер - 3,2% кальян -2,9% деп жауап берген. «Сіз күн сайын темекі тартасыз ба?» 94,3% - жоқ 5,7% – иә деп жауап берген. «Соңғы 12 айда алкогольдің қандай да бір түрін қолдандыңыз ба?» деген сұраққа 87,5%- жоқ, 12,5% - иә деген. «Соңғы 12 айда алкогольдің 1 түрін қаншалықты жиі қолдандыңыз?» деген сұраққа 85% ешқашан, 12,1%- айына 1 реттен сирек деп жауап берген. «Аптасына неше күн жемістерді тұтынасыз?» деген сұраққа 37,5% – білмеймін, 3-20%, 2-12,9%, 5-8,6%, 1-7,1% деп жауап берген. «Аптасына неше күн көкөністерді тұтынасыз?» деген сұраққа 28,2% –білмеймін, 7-19,6%, 3-12,1%, 4-9,6%, 5-9,6%, 6-7,5% деп жауап берген. «Тамақтанған кезде асыңызға тұз немесе ащы соусты қаншалықты жиі қосасыз?» деген сұраққа 35%-жиі, 28,9%- кейде, 17,1%-әрқашан, 13,6%-сирек деп жауап берген. «Тұзы көп өңделген тағамдарды қаншалықты жиі тұтынасыз ( мысалы, оралған тұзды тағамдар, тұздалған консервілер, соның ішінде маринадталған қиярлар мен консервілер, фаст-фуд мейрамханасында дайындалған тұзды тағамдар, ірімшік, бекон және өңделген ет)?» деген сұраққа 34,6%-кейде, 31,1%-сирек, 24,6%-жиі деп жауап берген. «Тұз не тұздалған соусты қаншалықты қолданамын деп ойлайсыз?» деген сұраққа 56,4%-керекті мөлшерде, 12,9%-аз, 12,5%-көп, 8,9%-білмеймін, 5%-өте аз, 4,3%-көп деп жауап берген. «Баратын жерге барып, қайта қайту үшін жаяу жүресіз бе немесе велосипед қолданасыз ба?» деген сұраққа 75,7%- иә, 24,3%- жоқ деп жауап берген. «Сіз жүгіру немесе футбол сияқты тыныс алуды немесе жүрек соғу жиілігін айтарлықтай арттыратын кез келген қарқынды спортпен, фитнеспен немесе ойын-сауық шараларымен айналысасыз ба?» деген сұраққа 56,8%- иә, 43,2% –жоқ жауап берген. «Сіз жылдам жүру, велосипедпен жүру, жүзу, волейбол сияқты тыныс алуды немесе жүрек соғу жиілігін аздап арттыратын орташа қарқынды спорт түрлерімен, фитнеспен немесе рекреациялық іс-шаралармен айналысасыз ба?» деген сұраққа 62,5%-иә, 37,5% –жоқ деді. «Аптасына қанша күн орташа қарқынды спортпен, фитнеспен немесе рекреациялық іс-шаралармен (бос уақыт) айналысасыз?» деген сұраққа 2- 32,9%, 3- 30,7%, 1-19,5%, 4-9,4% деп жауап берген. «Сіз аптасына қанша күн қарқынды спортпен, фитнеспен немесе ойын-сауық шараларымен айналысасыз?» деген сұраққа 2 - 30,4%, 1-28,6%, 3-27,5% деп жауап берген.

**Қорытынды.** 1. Сауалнама нәтижесінде студенттердің туыстарында 32,5% артериалды гипертония, 22,1% диабет, 7,1% семіздік, 10% инсульт аурулары бар екені белгілі болды.

2. 61,4% 7 сағаттан кем ұйықтайды.

3. Қазіргі уақытта 7,9% темекі тартады. Қолданатын түрлері - 21,8% - басқа түрі, бір реттік темекілер - 6,1% вейптер - 3,2%, дайындалған темекілер - 3,2%, кальян - 2,9%. Соңғы 12 айда 12,5% алкоголь қолданған.

4. 52% тұзды және ащы соусты тағамға көп қолданады.

5. 43,2% гиподинамия, физикалық белсенділік жоқ.

Тексеру нәтижесінде 53% жоғары қан қысымы, 13,3 % артық салмақ, 16,6 % салмақ жеткіліксіздігі бары анықталды. Осылайша, зерттеуге қатысқан студенттерде генетикалық (туыстарында ЖҚА болуы) және өмір салтымен (темекі тарту, алкоголь қолдану, тұзды көп қолдану, гиподинамия, ұйқы) байланысты қауіп-қатер факторлары анықталды

УДК 616.321-002:615.3-085

**Марқабай.Т.Б., Чергизова Б.Т.**

«Қарағанды медицина Университеті» КеАҚ, Қарағанды, Қазақстан

### **МЕДИЦИНАЛЫҚ СТУДЕНТТЕРДІҢ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАҒДАЙЫНА ЭНЕРГЕТИКАЛЫҚ ДӘРІЛЕР МЕН СТРЕССТІҢ ӘСЕРІ ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН БАЙЛАНЫСЫ**

**Өзектілігі:** Мамандардың пікірінше, студенттердің денсаулығына әсер ететін қазіргі заманғы негізгі қолайсыз факторларға оқу процесінің жоғары қарқындылығы, эмоционалдық стресс, физикалық белсенділік, сабақ кестесінің ретсіздігі, оқу үй-жайларындағы қолайсыз экологиялық жағдайлар жатады [1]. Әсіресе, ауа сапасының нашарлығы мен психикалық күйзеліс оқушылардың денсаулығына ең кері әсер етеді. Қазіргі уақытта студенттер арасында жоғары және үнемі өсіп келе жатқан сырқаттанушылық мәселесі өзекті болып табылады және бұл тек пандемиямен ғана емес, сонымен қатар иммундық жүйенің әлсіреуімен, қашықтықтан оқыту жағдайында компьютермен қарқынды жұмыс жасаумен байланысты [2].

Сонымен қатар, сарапшылар қауіпті салдар ретінде нейро-эмоционалды шамадан тыс көбеюі, алаңдаушылық пен невротизмді қамтиды. Бұл жиі стресстік жағдайларға, жоғары талаптарға, төмен әлеуметтік қолдауға, стандартталған демалыстың болмауына және емтихан сессияларынан қорқуға байланысты [3].

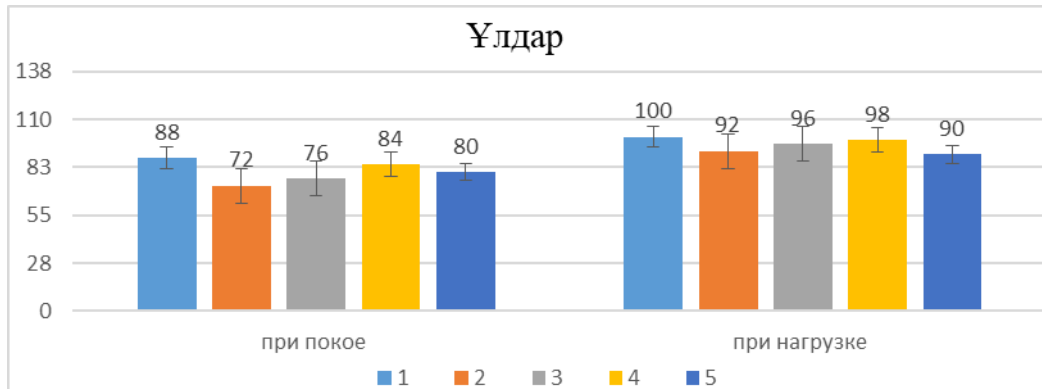
Стресс - бұл стресс факторлары деп аталатын сыртқы факторларға организмнің бейімделу реакцияларының жиынтығы. Қазіргі уақытта қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсерінен адам ағзасының бейімделу реакциялары әлсіреп, жалпы ағзаның, тіршілікті қамтамасыз ететін барлық жүйелер деңгейінде сарқылуына әкеледі. Стресс кезінде «стрессорлар» барлық жүйелерге әсер етеді, бірақ орталық жүйке жүйесі бірінші болып теріс әсер етіп, депрессияны, ашушаңдықты және психикалық тұрақсыздықты дамытады. Мұндай жағдайларда адам тамақты көп мөлшерде (санасыз және шексіз мөлшерде) тұтынуы мүмкін, кейбір адамдар алкогольді және энергетикалық сусындарды асыра пайдаланады, ас қорыту жүйесінің ғана емес, сонымен қатар мидың жұмысы бұзылады [4]. Дүниежүзілік гастроэнтерологиялық қауымдастықтың ұсынымдарына сәйкес, стресске байланысты артық тамақтану жүрек-тамыр жүйесі ауруларының қоздырғышы болып табылатын семіздікке әкеледі. Демек, стресс функционалдық жүйелердің көптеген ауруларының этиологиялық факторына айналады. Көбінесе психикалық белсенділікпен айналысатын адамдар стресске ұшырайды, өйткені орталық жүйке жүйесінің кернеуінің қалыпты ауытқуы үнемі пайда болады [5].

**Зерттеудің мақсаты** студенттердің оқу үрдісіндегі стресстің, физикалық белсенділіктің болмауының және дұрыс тамақтанбаудың жүрек-қантaмыр жүйесіне байланысы мен кері әсерін зерттеу болады.

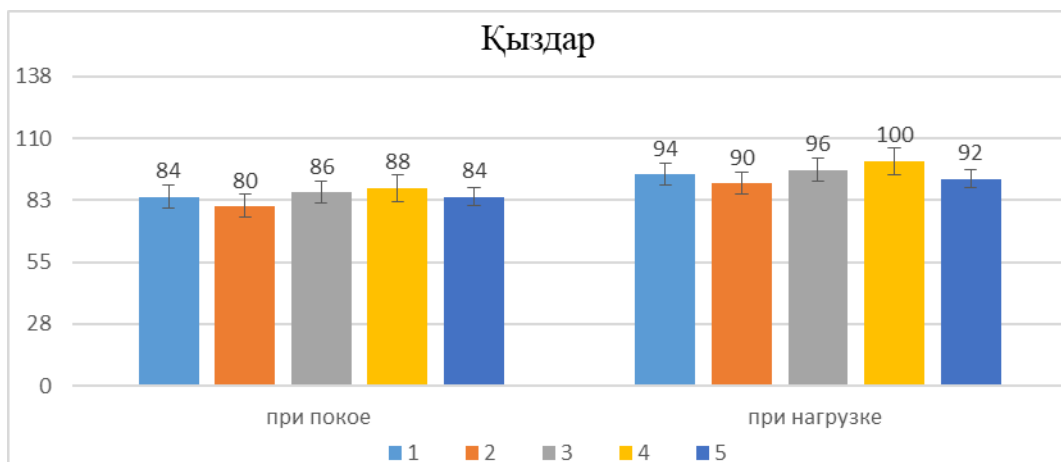
**Зерттеу әдістері:** Зерттеуге ҚМУ 2 курс студенттері, 15 қыз және 15 ұл, денсаулығы қалыпты, орташа бойы 165-173 см, салмағы 56-84 кг, спортпен айналыспайтын студенттер қатысты. Зерттелетін адамдар Harvard Step Test (HST) бойынша физикалық белсенділікке ұшырады, бұл жүрек-қантaмыр жүйесінің физикалық белсенділікке жауап беруі арқылы физикалық дайындық деңгейін бағалауға мүмкіндік береді. Нашар тамақтану мен энергетикалық сусындарды тұтынудың әсері де зерттелді. Осы әдіс арқылы зерттеу жұмысын жүргізетін боламыз.

**Зерттеу нәтижелері:** Қадамдық сынақ классикалық әдіс бойынша жүргізілді ( $GST\ Index = t * 1000 / (f_1 + f_2 + f_3) * 2$ , мұндағы  $F_1, F_2, F_3$  – импульс жиілігі 2-ші, 3-ші, 4-ші. минуттық демалыс;  $t$  – көтерілу уақыты секундпен), зерттелушілер баспалдақпен көтерілді, ерлер үшін баспалдақтың биіктігі 50 см, ал әйелдер үшін 43 см, көтерілу уақыты 5 минутты құрады. 1 минут ішінде оқушылар 30 көтеру – 120 қадам жасады. Жаттығуға дейін және кейін қан қысымы мен жүрек соғу жиілігі өлшенді. 1 және 2 диаграммалардың нәтижелері бойынша жүрек соғу жиілігі көрсеткіштері физикалық жүктемеден кейін тахикардияға дейін айтарлықтай өзгергенін көруге болады, қыздарда бұл айқынырақ болды. Ұлдарда орташа тахикардия дамыған. Физикалық белсенділіктен кейінгі ТҚҚ және ҚДҚ көрсеткіштері

айтарлықтай өзгерді: ер студенттерде 130-дан 155 мм.сын.бағ. дейін, қыздарда 125-тен 165 мм.сын.бағ. дейін құрады. Сондай-ақ DBP мәндері ұлдарда 95-тен 130 мм сынап бағанасына дейін, қыздарда 85-тен 115 мм сынап бағанасына дейін өсті. Жаттығу кезінде 1 дәрежелі ауырлық дәрежесі орташа артериялық гипертензия дамыған.



**Сурет 1 -Тыныштықтағы және жаттығудан кейінгі ер оқушылардағы жүрек соғу жиілігінің көрсеткіштері**



**Сурет 2 -Қыздардағы тыныштық және жаттығудан кейінгі жүрек соғу жиілігінің көрсеткіштері**

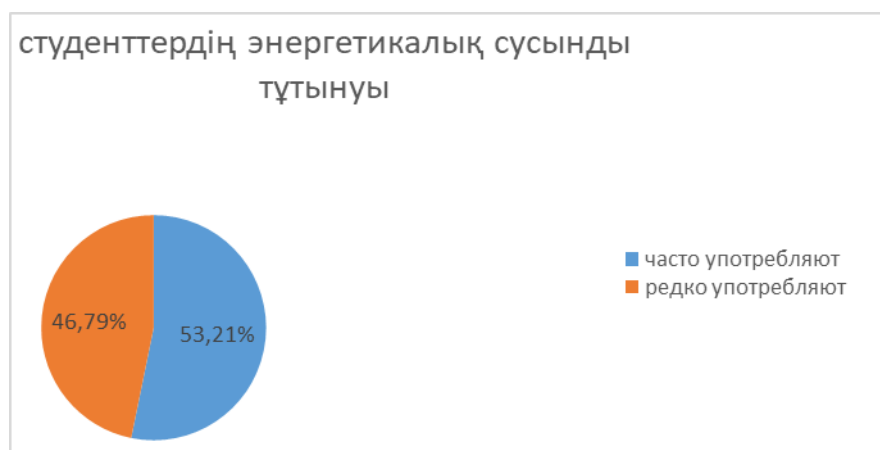
Сауалнама негізінде бір топ ер студенттер энергетикалық сусындарды ішкен; өнімді тұтынғанға дейін және одан кейін салыстыру кезінде субъектілер жүрек соғу жиілігінің 100 соққы/мин дейін жоғарылағанын атап өтті, тыныс алу саны да 18-ден 25-ке дейін өсті. пульс 70-тен 100 соққы/мин аралығында болды. Бұл сусындардың химиялық құрамы өте әртүрлі: таурин, кофеин, карнитин, В және С дәрумендері, кейде жүрек-тыныс алу жүйесіне өте қарама-қайшы әсер етеді. Кофеин мен таурин жүрекке ынталандырушы әсер етеді. Бұл өнімді шамадан тыс тұтыну кезінде кофеин мен тауриннің үлкен дозасы жүректің

төзімділігін төмендетеді, қандағы глюкозаның мөлшері артады, осының арқасында ағза көп энергия шығарады, адам гиперактивті болады. Карнитин бұлшықеттердің шаршауын жояды, адамға ұзақ уақыт бойы күш пен сергектік береді, ұйқы кезеңін азайтады. В дәрумендері орталық және перифериялық жүйке жүйесінің жұмысына әсер етеді. С витамині көптеген ферменттердің коферменті болып табылады, бұл жағдайда ол организмдегі зат алмасу процесін жеделдетеді. Оқу жүктемесі кері әсер етеді, әсіресе сессия кезінде бір уақытта бірнеше пәннен емтихан тапсыру қажет болған кезде (9 немесе одан да көп пәндерден) – бұл №1 стресс факторы, ал “ сіз стресске ұшырайсыз ба? “ деген сұраққа студенттердің 55%-ы «Иә», 45%-ы – жоқ деп жауап берді, бірақ оқушылардың 40%-ы түнде тамақ ішуді әдетке айналдырған. (3-диаграмма).



Сурет 3 -Сіз стресске ұшырайсыз ба?

Тәттілер мен газдалған сусындарды тұтыну туралы сұраққа оқушылар келесідей жауап берді: жиі қолданады – 53,21%, сирек – 46,79% (4-диаграмма).



Сурет 4- Студенттердің энергетикті тұтынуы.

Тәжірибе соңында зерттелушілер бұл энергетикалық сусындарға тәуелді болып, оларды қолдануды тоқтатқаннан кейін жүрек-тыныс алу жүйесінің физиологиялық функцияларының төмендеуі анықталды. Орталық жүйке жүйесі тарапынан ұйқысыздық пен тітіркену белгілері, қозудың жоғарылауы мен мінез-құлықтың тұрақсыздығы пайда болды, яғни энергетикалық сусынды қолдануды тоқтатқаннан кейін функционалдық жүйелердің тұрақсыз ауытқулары ғана емес, сонымен қатар когнитивті мінез-құлықтың төмендеуі байқалды. , адам жиі шаршауды, летаргиялық, ұйқышылдықты және депрессияны сезінеді.

Энергетикалық сусындармен қатар студенттердің диетасы дене салмағының өсуіне ықпал етті, өйткені студенттердің көпшілігі өңделген тағамдар мен фастфудтарды жиі жейді. Алдағы жобаларда бұл фаст-фуд мәселесін тереңірек талдау жоспарлануда.

**Қорытынды:** осылайша, зерттеу барысында физикалық белсенділік кезіндегі стресс энергетикалық сусындар мен фастфудты тұтынумен бірге студенттердің жүрек бұлшықеттерінің жұмысына өте теріс әсер етеді және олардың дамуына ықпал етеді деп болжауға болады. I дәрежелі орташа артериялық гипертензия, орташа тахикардия және төменгі тахипноэ орташа ауырлық дәрежесі. Жүрек жүйесіне стресс факторларының кешені ұзақ уақыт әсер еткенде, оның функционалды жағдайы әртүрлі асқынулардың, семіздіктің, физикалық белсенділіктің дамуын тудыруы және психикалық және эмоционалдық өзгерістерге әкелуі мүмкін.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

Похаческий А.Л., Анкудинов Н.В., Крапивин О.В. Регуляция сердечного ритма в восстановительный период стресс-теста // Ученые записки. -2014.- №5.- С. 139.

Жидких Б.Д., Швец Е.В. Связь вариабельности ритма сердца с выраженностью профессионального стресса у лиц молодого возраста с начальными проявлениями артериальной гипертензии в условиях динамической физической нагрузки //Оригинальная статья.- 2009, №1- С. 65-68.

Соколов А.Д., Абишева З.С.и соавт. Показатели сердечно-сосудистой системы и оксигенизации у студентов при психоэмоциональных нагрузках //"Вестник КазНМУ" - 2017.- №1. - С.23-25.

Ступина В.А. Гиподинамия //Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб.ст.по мат. XII междунар. студ.науч.-практ.конф. - 2016. - №12. – С.23-25.

Егорычева Е.В. и соавт. Исследование отклонений массы тела у студенческой молодежи// Теория и практика физической культуры. - 2014. - № 11. - С. 51-52.

УДК 616.321-002:615.3-085

**Маркабай. Т.Б., Чергизова Б.Т**

АО «Карагандский медицинский университет», Караганда, Казахстан

## **ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И СТРЕССА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНЫ И СВЯЗЬ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Актуальность:** По мнению специалистов, к основным неблагоприятным современным факторам, влияющим на здоровье студентов, относятся высокая интенсивность учебного процесса, эмоциональное напряжение, двигательная активность, ненормированный график работы, неблагоприятные экологические условия в учебных помещениях [1]. В частности, самое негативное влияние на здоровье студентов оказывают плохое качество воздуха и умственное напряжение. В настоящее время актуальна проблема высокой и постоянно растущей заболеваемости студентов, связанная не только с пандемией, но и с ослаблением иммунной системы, интенсивной работой с компьютерами в условиях дистанционного обучения [2].

Кроме того, к опасным последствиям специалисты относят нервно-эмоциональное перерастание, тревожность и невротизм. Зачастую это связано со стрессовыми ситуациями, высокими требованиями, низкой социальной поддержкой, отсутствием нормированного отдыха и боязнью экзаменационных сессий [3].

Стресс – это совокупность адаптационных реакций организма на внешние факторы, называемые стрессорами. В настоящее время под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды адаптационные реакции организма человека ослабляются, что приводит к истощению всего организма, на уровне всех систем жизнеобеспечения. Во время стресса «стрессоры» воздействуют на все системы, но первой подвергается негативному воздействию центральная нервная система, развивающаяся депрессия, гневливость и психическая неустойчивость. В таких случаях человек может потреблять большое количество пищи (бессознательно и в неограниченном количестве), некоторые злоупотребляют алкоголем и энергетическими напитками, нарушается не только пищеварительная система, но и мозг [4]. Согласно рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической ассоциации, переизбыток вследствие стресса приводит к ожирению, которое является возбудителем сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому стресс



становится этиологическим фактором многих заболеваний функциональных систем. Люди, часто занимающиеся умственной деятельностью, испытывают стресс, поскольку постоянно происходят нормальные колебания напряжения ЦНС [5].

**Ключевые слова:** экзамен, стресс, студентки, эмоциональное напряжение, сердечно-сосудистая система

UDC 616.321-002:615.3-085

**Chergizova B.T., Markabay.**

JSC «Karaganda Medical University», Karaganda, Kazakhstan

## **INFLUENCE OF ENERGY DRUGS AND STRESS ON CARDIOVASCULAR CONDITION OF MEDICINE STUDENTS AND RELATIONSHIP WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**Relevance:** According to experts, the main unfavorable modern factors affecting the health of students include high intensity of the educational process, emotional stress, physical activity, irregular work hours, and unfavorable environmental conditions in educational premises [1]. In particular, poor air quality and mental stress have the most negative impact on students' health. Currently, the problem of high and constantly growing morbidity among students is relevant, associated not only with the pandemic, but also with a weakened immune system, intensive work with computers in distance learning conditions [2].

In addition, experts include neuro-emotional overgrowth, anxiety and neuroticism as dangerous consequences. This is often associated with stressful situations, high demands, low social support, lack of standardized rest and fear of exam sessions [3].

Stress is a set of adaptive reactions of the body to external factors called stressors. Currently, under the influence of unfavorable environmental factors, the adaptive reactions of the human body are weakened, which leads to depletion of the entire organism, at the level of all life support systems. During stress, “stressors” affect all systems, but the central nervous system is the first to be negatively affected, developing depression, anger and mental instability. In such cases, a person can consume large amounts of food (unconsciously and in unlimited quantities), some abuse alcohol and energy drinks, and not only the digestive system is disrupted, but also the brain [4]. According to the recommendations of the World Gastroenterological Association, overeating due to stress leads to obesity, which is a causative agent of cardiovascular diseases. Therefore, stress becomes an

etiological factor in many diseases of functional systems. People who frequently engage in mental activity experience stress because normal fluctuations in central nervous system tension constantly occur [5].

**Ключевые слова:** экзаменационный стресс, личностная и ситуативная тревожность, сердечно-сосудистая система, индивидуальные особенности высшей нервной деятельности

ӘОЖ 316.334.2

**Абытова М. А., Абдилов К.С.**

«Астана медицина университеті» КеАҚ, Астана қ., Қазақстан

### **МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ САЛАСЫНДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕР**

#### **Аннотация**

Мақалада медициналық қызмет көрсетудегі сапалы қызмет пен онда туындайтын мәселелер, сонымен қатар медициналық қызмет көрсетуді реттейтін нормативтік құқықтық актілер турасында баяндалады

**Кілт сөздер:** кодекс, статистика, уәкілетті орган, медициналық қызмет, деректер базасы

**Абытова М. А., Абдилов К. С.**

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

### **ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

#### **Аннотация**

В статье излагаются вопросы качества оказания медицинских услуг и возникающие в них вопросы, а также нормативные правовые акты регулирующие оказание медицинских услуг

**Ключевые слова:** Кодекс, статистика, уполномоченный орган, медицинская служба, базы данных

**Abytova M. A., Abdilov K. S.**

JSC «Astana Medical University», Astana, Kazakhstan

### **PROBLEMS IN THE FIELD OF MEDICAL SERVICES**

#### **Annotation**

*The article discusses the quality of medical services and the problems arising in them, as well as regulatory legal acts regulating the provision of medical services*

**Keywords:** *Code, statistics, authorized body, medical services, databases*

Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтауға құқығы бар. Республика азаматтары заңмен белгіленген кепілді медициналық көмектің көлемін тегін алуға хақылы. Мемлекеттік және жеке меншік емдеу мекемелерінде, сондай-ақ, жеке медициналық практикамен айналысушы адамдардан ақылы медициналық жәрдем алу заңда белгіленген негіздер мен тәртіп бойынша жүргізіледі [1].

ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің (бұдан әрі - кодекс) 4 - бабына сәйкес-денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясат азаматтардың қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмек алу, ана мен баланы қорғау құқықтарының теңдігін қамтамасыз ету қағидаттары негізінде жүргізіледі.

Кодекстің 33 - бабы 2-тармағының 1-тармақшасына сәйкес денсаулық сақтау субъектілері сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз етуге міндетті. Кодекстің 87-бабының 4-тармағында Мемлекет Қазақстан Республикасының азаматтарына медициналық көмектің сапасына кепілдік береді деп көзделген. Шындығында, азаматтар әрдайым сапалы медициналық көмек ала бермейді, бұл олардың медициналық қызмет сапасының кепілі ретінде жалпы медицина институтына және мемлекетке деген сеніміне нұқсан келтіреді [2].

Егер сіз бейресми статистикаға жүгінсеңіз (интернет - форумдар, блогтар, Денсаулық сақтау министрлігінің ресми сайттары және олардың аумақтық органдары, басқа да әлеуметтік желілер), былайша айтқанда, сапасыз медициналық көмек көрсету фактісі бойынша республикадағы жағдайды мониторингілеу және азаматтардың дәрігерлердің іс-әрекеттеріне қатысты көптеген шағымдарын талдау, олардың көпшілігі негізделген, бірақ белгілі бір жағдайларға байланысты ведомстволық және басқа да мүдделер көптеген хат-хабарларда жоғалады, олардан адамдар әділеттілікті қалпына келтіруге үміттерін жоғалтады. Жасыратыны жоқ, дәрігерлер корпоративті ынтымақтастық таныта отырып, азаматтарға әсер еткен әріптестерінің қателігін сирек мойындайды.

Бүгінгі күні республикада міндеттері Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылауды ұйымдастыруға бағытталған уәкілетті орган жұмыс істейді, бұл барлық облыс орталықтарында, Астана және Алматы қалаларында жұмыс істейтін медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің аумақтық департаменттері.

Бірақ бұл органдардың қызметі әрдайым осы органды құру кезінде жоспарланған мақсаттар мен міндеттердің талаптарына сәйкес келе бермейді және бұл заң шығарушылар шешуі керек бірқатар мәселелермен байланысты.

Бұл, ең алдымен, медициналық қызметкерлер тарапынан бұзушылықтарды тіркеу мүмкіндіктерінің болмауына байланысты, олар өздері үшін қандай да бір жағымсыз салдарларды болдырмау мақсатында науқастың медициналық құжаттарын өзгертуге (ауыстыруға, ауыстыруға) жол береді, бұл оларды адамға елеулі зиян келтіруге әкеп соққан дұрыс жасалмаған іс-әрекеттер үшін заңда көзделген жауаптылыққа тартуға кедергі келтіреді.

Мұндай жағдайларда медициналық мекемелердің басшылығы өзі үшін тәртіптік зардаптардың алдын алу мақсатында дәрігердің ауыр зардаптарын келтіргені үшін кінәліні қорғау үшін бәрін жасауға тырысады. Ең жақсы жағдайда, олар бұл қызметкерді тыныш жұмыстан шығарады. Екіншіден, медицина қызметкерлері тарапынан бұзушылықтарды анықтауға және тіркеуге бағытталған медициналық мекемелер мен уәкілетті органдардың қызметін реттейтін нормативтік - құқықтық базаның жетілмегендігін атап өту қажет.

Осы және басқа да көптеген ілеспе себептер мемлекеттің азаматтар алдындағы медициналық қызметтер көрсету сапасы және азаматтардың құқықтары мен мүдделерін қорғау жөніндегі кепілдік міндеттемесін орындауына кедергі болады [3] .

Осыған байланысты, бірінші кезекте азаматтарымыздың құқықтары мен мүдделерін қорғауға бағытталған келесі шараларды қабылдауды ұсынамын:

1) барлық медициналық мекемелерде азаматтардың ауру тарихын есепке алудың компьютерлік бағдарламасын енгізу қажет (қарапайым тілмен айтқанда, медициналық көмек көрсетілетін адамдарға деректер базасын құру), ол база қызметкерлеріне қолжетімді болады. тек деректерді енгізуге арналған мекемелер, түзетулер жоқ. Осы базаның сервері Денсаулық сақтау министрлігінде белгіленсін, оның қызметкерлері азаматтардың ауру тарихын қалыптастыратын болады. Бұл механизм адамға елеулі зиян келтіруге әкеп соққан дұрыс орындалмаған іс-әрекеттер үшін жауапкершілікті болдырмау мақсатында медицина қызметкерлерінің ауру тарихын түзету фактісін болдырмауға мүмкіндік береді. Мұндай жағдайда, уәкілетті орган Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің департаменті азаматтардың көрсетілген медициналық көмектің сапасына жүгінген кезде мәліметтер базасынан медициналық тарих туралы барлық ақпаратты алады, оның мәліметтерін балды түзету мүмкін болмайды. сапасыз медициналық көмек көрсеткен қызметкерлер.

2) деректер базасын құруды және оны өзектендірілген түрде қолдауды регламенттейтін нормативтік-құқықтық актілерді (бұйрықтарды, қаулыларды) әзірлеуге, онда міндетті өлшемшарттардың бірі медициналық қызметтер көрсетілген сәттен бастап 24 сағаттан кешіктірмей деректерді енгізуді көздеуге міндетті.

3) уәкілетті органның функционалдық міндеттерінде мед қызметкерлерінің деректер базасын жүргізу жөніндегі жұмыстың жай-күйін тексеруді көздеуге міндетті мекемелер.

4) Кодекстің 20-бабын 7-1-тармақпен толықтыру қажет, ол мынадай редакцияда жазылсын: *"Уәкілетті органның лауазымды адамдары медицина қызметкері тарапынан адамның ауыр зардаптарына немесе өліміне әкеп соққан нормативтік-құқықтық актілердің талаптарын бұзушылықтар, сондай-ақ қылмыстық жазаланатын іс-әрекетті қамтитын өзге де бұзушылықтар анықталған кезде осы бұзушылықтарды тіркеуге, материал жасауға және жолдауға міндетті құқықтық бағалау беру және процестік шешім қабылдау үшін оны құқық қорғау органдарына жібереді"*.

Бұл құқықтық және ұйымдастырушылық тетік, менің ойымша, азаматтардың құқықтары мен мүдделерін медицина қызметкерлерінің кәсіби емес әрекеттерінен қорғауға, олардың көрсетілген медициналық қызметтердің сапасы үшін азаматтар алдындағы жауапкершілігін арттыруға көмектеседі.

### Әдебиеттер тізімі

Қазақстан Республикасының Конституциясы 1995 жылы 30 тамыз  
<https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K950001000>

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің кейбір мәселелері туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің м.а. 2016 жылғы 2 тамыздағы № 684 бұйрығы <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/G16GR000684>

ӘОЖ 614.2:34

**Құтым А. У., Абралиев Ж.Ж.**

«Астана медицина университеті» КеАҚ, Астанан қ., Қазақстан

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ДАУЛАРДЫ МЕДИАЦИЯ ТӘРТІБІМЕН ШЕШУ, ТЕОРИЯ ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕ

### *Аннотация*

*Бұл мақалада Денсаулық сақтау саласында туындайтын даулардың Медиациялық тәртіппен шешуді және онда туындайтын мәселелер турасында баяндалады.*

**Кілт сөздер:** Медиация, денсаулық сақтау, моральдық зиян, татуласу институты

**Кутым А. У., Абралиев Ж. Ж.**

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

## РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОРЯДКЕ МЕДИАЦИИ, ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

### *Аннотация*

*В данной статье излагается решение споров, возникающих в сфере здравоохранения, в порядке медиации, и правовые вопросы в ней.*

**Ключевые слова:** Медиация, здравоохранение, моральный вред, примирение

**Kutym A. U., Abraliyev Zh.Zh.**

«Astana Medical University» JSC, Astana, Kazakhstan

## MEDIATION DISPUTE RESOLUTION, THEORY AND PRACTICE IN THE FIELD OF HEALTHCARE

### *Annotatin*

*This article discusses the mediation resolution of disputes arising in the field of healthcare and the issues arising in it.*

**Keywords:** Mediation, health care, moral harm, reconciliation Institute

Соңғы уақытта өркениет көп нәрсеге тап болды, әр түрлі бағыттағы қақтығыстар: әлеуметтік, саяси, экономикалық, мәдени, этникалық, діни және басқа да құқықтық даулар түрінде белгілі бір заңды салдарларды тудырады. Бір жағынан, бұл таңқаларлық емес, өйткені қазіргі американдық ғалым Льюис Козердің пікірінше, кез-келген түрдегі әлеуметтік құрылымда әрдайым жанжалды жағдайға себеп болады, өйткені кейде жеке адамдар немесе кіші топтар тапшы ресурстарға қатысты бәсекелестікке ұшырайды. Дауларды шешудің балама әдістерін енгізу сот билігінің алдына қойылған міндеттер арасында ерекше орын алады. Олардың маңыздылығын ескере отырып, медиация Жоғарғы Соттың "Татуласу: сотта, соттан тыс" дербес басым жобаларының біріне бөлінген [1]. Медиация тарихы

жанжалдарды шешу тәсілі ретінде өз бетімен кетеді тамыры терең ежелгі дәуірде. Белгілі бір тарихи дәуірлерде қақтығыстарды шешудің әртүрлі формалары болды, уақытша қабілетті шаралар мен шешімдердің тұтас кешенін көздейтін, немесе осы нақты тарихи қоғам үшін қолайлы нысанда тараптардың жанжалын түпкілікті өтеу. Медиация процедурасы-дауларды шешудің татуластыру әдістері Алғашқы қоғам өмір сүрген кезден бастап қолданылып келеді. Қақтығыстарды шешу үшін үшінші бейтарап тарапты тарту қажеттілігі, ең алдымен, аман қалуға деген ұмтылыс болды. Ежелгі әлемде бұл процедура ең дамыған сауда аймақтарында дамыды.

Өкінішке орай, адамдар әлі күнге дейін кез-келген дауды сотта шешу керек деп ойлайды, ал заңнамада оларды шешудің әртүрлі балама тәсілдері қарастырылған. 2011 жылдан бастап Қазақстанда медиация институты заңмен бекітілген. Заңға сәйкес медиация-тараптардың ерікті келісімі бойынша іске асырылатын, өзара қолайлы шешімге қол жеткізу мақсатында медиатордың (медиаторлардың) жәрдемдесуі кезінде тараптар арасындағы дауды (жанжалды) реттеу рәсімі. Денсаулық сақтау саласындағы медиация сияқты соттан тыс татуласудың осындай бағытын дамыту мәселелеріне тоқталғым келеді. Медициналық мекемелерде туындайтын қақтығыстар адам өмірі мен денсаулығы сияқты құндылықтарға әсер етеді. Көбінесе мұндай даулар қоғамдық резонанс тудырады, әлеуметтік желілерде белсенді талқыланады, бұл барлық дәрігерлердің беделі мен имиджіне теріс әсер етеді. Медициналық жанжалдардың себебі, әдетте, медициналық қателіктер, көрсетілген медициналық көмектің сапасына наразылық. Мұндай жағдайларда Медиация жанжалды шешудің әкімшілік немесе сот тәсіліне жақсы балама бола алады. Егер біз халықаралық тәжірибеге жүгінетін болсақ, мысалы, Ресейде дәрігер мен пациент арасындағы қақтығыстарды сотқа дейінгі және соттан тыс шешудің Бүкілресейлік жүйесі құрылуда. Смоленск облысында дәрігерлік палатада аралық сот жұмыс істейді. 3 жыл ішінде пациенттердің 700-ге жуық шағымы қаралды. Жанжалдардың көпшілігі сотқа дейінгі дауларды шешу алқасының сарапшыларының көмегімен шешілді. Смоленск жоғары оқу орнынан кейінгі дәрігерлер институтының негізінде олар өз әріптестеріне Медиация негіздерін үйретеді. Пациент пен дәрігер арасындағы жанжалдарды реттеу бойынша өңірлік орталықтар құру жоспарлануда. Қазақстанда 2017 жылдың маусым айында денсаулық сақтау министрлігінде "денсаулық сақтаудағы Медиацияны дамыту: Даму қажеттілігі мен келешегі" тақырыбында Бірінші халықаралық конференция өтті. Медицинада конфликтолог-медиаторлар жетіспейтіні атап өтілді [2].

Осылайша, Денсаулық сақтау саласында медиацияны белсенді енгізу қажеттілігі айқын. Егер Денсаулық сақтау мекемелерінде жанжалды жағдайларды шешудің баламалы



тәсілі ретінде медиацияны белсенді енгізсе, медиация кабинеттерін ашып, медиаторларды тартса, даулардың көпшілігін болдырмауға болатынына сенімдіміз. Ақтөбе қаласының № 3 сотымен соттан тыс татуласу институтын енгізу және денсаулық сақтау мекемелерінде медиация кабинеттерін ашу бойынша белсенді түсіндіру жұмыстары жүргізілуде, мемлекеттік органдармен және қоғамдық ұйымдармен өзара ынтымақтастық туралы Меморандумға қол қойылды. Пандемияға дейін короновирустық инфекцияға байланысты Денсаулық сақтау мекемелерінің 40-қа жуық басшыларының, кәсіби медиаторлар мен судьялардың қатысуымен "дөңгелек үстел" өткізілді, онда іс-шараға қатысушылардың барлығы медиация кабинеттерін ашу қажеттілігі туралы ортақ пікірге келді. Алайда медиацияның әлеуеті толық көлемде іске асырылған жоқ. Өкінішке орай, медициналық мекемелер қателік объективті түрде дәлелденгеніне қарамастан, ешқандай шарттармен бітімгершілік келісімге келіспейді [3].

Мысалы, талапкер А.сотқа медициналық мекемеге 3 000 000 теңге көлемінде моральдық зиянды өтеу туралы талап арызбен жүгініп, оның туа біткен патологиясы бар қызы бар, қыздың білегінің үштен екісі және оң қолының қолы жоқ деген талаптарды алға тартты. Жүктілік кезінде талапкер үш рет ультрадыбыстық зерттеуден өтті, бірақ барлық жағдайларда ұрықта аяқ-қолдың даму патологиясы табылған жоқ. Мамандардың әрекеті нәтижесінде оған моральдық зиян келтірілді деп санайды. Сот талапкердің облыстық перинаталдық орталыққа және облыстық денсаулық сақтау басқармасына шағымданғанын анықтады, олар бойынша сол облыс бойынша мемлекеттік медицина академиясының жетекші мамандары және қаланың бюджеттен тыс медициналық ұйымдары тәуелсіз комиссиялық тергеу жүргізді. Комиссия жүктілік кезінде ультрадыбыстық зерттеу жүргізген мамандар диагностикалық қателік жіберді деген қорытындыға келді. Мұндай қорытынды болған жағдайда талап ішінара қанағаттандырылады, моральдық зиянды өтеу сомасы төмендетіледі. Яғни, біз бұл дауды бейбіт жолмен шешуге болатынын көреміз. Сұрақ тек моральдық зиянды өтеу мөлшеріне қатысты болды. Алайда медициналық ұйым әйелдің өзін кінәлауға негіз салды. Егер бастапқыда кешірім сұралса, келіссөздер жүргізілсе, іс сотқа келмеуі мүмкін.

Тағы бір мысал. Талапкер сотқа моральдық зиянды өтеу туралы медициналық ұйымға шағымданып, қызының амбулаториялық карточкасында "туберкулез ауруы" бағанында оның әлеуметтік жағдайы төмен отбасынан шыққандықтан қауіп тобына жататындығы туралы жазба бар екенін алға тартты. Талапкердің облыстық денсаулық сақтау басқармасына шағымын тексеру нәтижесінде учаскелік дәрігердің медициналық құжаттаманы жүргізу бөлігінде нормативтік актілердің талаптары дұрыс түсіндірілмегені анықталды. Тексеру

нәтижелері бойынша амбулаториялық картадағы жазба деректері түзетілді. Алайда сотталушы жанжалды бейбіт жолмен реттеу үшін ешқандай шара қолданбады, сотта талап арызды мойындамады, бұл ұзақ сот отырыс мен шақыруларға әкелді.

Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе, Медицинада Медиацияны қолдану, дамыту ішкі жанжалдарды шешуге ғана емес, сонымен бірге қоғамдық келісімге қол жеткізу және қоғамдағы жанжалды азайту құралы болып табылатынын атап өткім келеді. Осы негізде кәсіби медиаторлар қызметін әрбір медицина мекемесінде штаттық негізде ұйымдастыру қазіргі күн тәртібінде тұр.

#### Әдебиеттер тізімі:

7. Медиация туралы Қазақстан Республикасының 2011 жылғы 28 қаңтардағы № 401-IV Заңы. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z1100000401>
8. Құқықтық конфликтология және медиация негіздері <http://dot.kostacademy.kz/bible/files/294876391.pdf>
9. Александрова, О. в. Медиация мектебі (Медиация) О. В. Александрова // аралық сот. – 2022ж. – № 2саны.

ӘОЖ 616. 98:578.834.1-085.37-02

**Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А., Айдынғалиева Д.А.**

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Медицина Университеті» КеАҚ,

Ақтөбе қ., Қазақстан

### **АҚПАРАТ КӨЗДЕРІ ЖӘНЕ COVID 19-ҒА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА БЕЙІЛДІЛІК**

**Кіріспе.** Әлеуметтік желілер вакцинациялау туралы шешімге әсер етуі мүмкін, бұл ретте әлеуметтік желілерде ақпарат тарату мен қоғамның вакциналардың қауіпсіздігіне қатысты алаңдаушылығы арасында айтарлықтай өзара байланыс бар. Дезинформациялық компаниялар мен вакцинациямен қамтудың төмендеуі арасында да маңызды байланыс байқалады [1]. COVID 19-ға қарсы вакцинацияға қатысты адамдардың қарым-қатынасын зерттеу қоғамдық пікірдің шынайы көрінісін алудың бір жолы болып табылады және

үкіметке вакциналаудың артықшылықтары туралы ағарту бойынша күш-жігерді әзірлеу үшін қоғамның қарым-қатынасын түсінуге мүмкіндік береді [2].

**Зерттеудің мақсаты:** Ақтөбе қаласының тұрғындары арасында COVID 19-ға қарсы вакциналауға ақпарат көздері мен бейілділігін және отандық вакцинаға деген сенім деңгейін зерттеу болып табылады.

**Материалдар мен әдістер.** Зерттеу Ақтөбе қаласының 18-75 жас аралығындағы тұрғындары арасында 2022 жылдың қазан-қараша айлары аралығында жүргізілді. Деректерді жинау алдын ала Кронбах  $\alpha$  калькуляциялау арқылы валидацияланған ( $\alpha = 0,7$ ) әзірленген онлайн-сауалнаманы пайдалану арқылы жүргізілді. Талдау сауалнаманың келесі сұрақтар бойынша жүргізілді: 1) демографиялық; 2) COVID19-ға және ақпарат көздеріне қарсы вакциналауға қатынас пен сенімді анықтау мәселелері. Сауалнама орыс және қазақ тілдерінде әзірленді. Зерттеу үшін іріктеме көлемі Raosoft іріктемесінің өлшеміндегі онлайн калькуляторды пайдалану арқылы есептелді. Деректерді статистикалық өңдеу SPSS 25 (IBM Corp, АҚШ) бағдарламасын пайдалана отырып жүргізілді. Топтардағы сапалық белгілердің кездесу жиіліктерін салыстыру Пирсон  $\chi^2$  критерийін пайдалана отырып жүргізілді. Маңыздылық деңгейінің сыни мәні ( $p$ ) 0,05 деп қабылданды.

**Алынған нәтижелер.** Барлығы 2184 адамға сауалнама жіберілді, оның ішінен 2009 қатысушы жауап берді, жауап беру коэффициенті (RR) 92% құрады. Олардың көпшілігі әйелдер (68%), респонденттердің ең көп саны 18-29 жаста болды, яғни 64% (1285) құрады. Қызмет түрі бойынша олардың көпшілігі білім алушылар (46,6%) және жұмыс істейтіндер (41,1%) болды. Респонденттер арасында 71,5% жоғары білімі бар және орташа табыс деңгейі (65,2%) құрады.

2009 респонденттерден 1669 адам (83,1%) вакциналанды, ал 340 адам (16,9%) - COVID-19 қарсы вакцина алмады. Вакциналаудан бас тартқан адамдардың (340) түрлі себептерді көрсетті, мәселен, барлық вакциналарға қарсы 3,2% құрады, сондай-ақ вакцинаның тиімділігіне сенбейтіндер үлесі -3,2% құрады, асқыну процессінен қорқуға байланысты 4,6% егілмеді, 3,5% медициналық қарсы көрсеткіштерге байланысты болды және респонденттердің 2,3% діни сенімге вакцинация алмаған.

Нәтижесінде вакциналанған адамдардың 85,3% -ы ресми көздерге сенім білдіреді ( $\chi^2 42,58$ ;  $p = 0,0001$ ). 369 респондент вакцина алды, оның ішінде 84,3% ресми ақпарат көздеріне сенім білдірді. Сіз COVID-19 ауруына қарсы қандай вакцинаға сенесіз? Сұрағына вакциналанғандардың көпшілігі (39,2%) «Спутник V» вакцинасын айтты ( $\chi^2 89,34$ ;  $p = 0,0001$ ). Бұл «Спутник V» вакцинасының Қазақстанда вакциналауға қолжетімді алғашқы

вакциналардың бірі болуымен байланысты. Вакциналанған респонденттер арасындағы Қазақстандық вакцинаға деген сенім деңгейі 33,1% ( $\chi^2 100,09$ ;  $p = 0,0001$ ).

Осылайша, COVID-19-ға қарсы вакциналауға бейілділікті жоғары білімі бар және табысы орташа адамдар көрсетті, олар өз еріктерімен вакцина алып, ресми ақпарат көздеріне сенім білдірді, олардың үштен бірі Qaz-Vac вакцинасына сенім білдірді.

**Кілт сөздер:** *вакцинацияға деген көзқарас, COVID 19, ақпарат көздері, сауалнама*

**Ключевые слова:** *отношение к вакцинации, COVID 19, источники информации, анкетирование*

**Key words:** *attitude to vaccination, COVID 19, sources of information, survey*

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health* 2020;5:e004206. doi:10.1136/bmjgh-2020-004206

2. Lyu H, Wang J, Wu W, Duong V, Zhang X, Dye TD, Luo J. Social media study of public opinions on potential COVID-19 vaccines: informing dissent, disparities, and dissemination// *Intell Med.* 2022 Feb;2(1):1-12. doi: 10.1016/j.imed.2021.08.001

ӘОЖ 616.314-007.285: 616.316-008-07

**Ринатова К.Р., Сүлейменова Н.Б., Когай Д.В.**

Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан,  
г. Астана, Казахстан.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ГАЙМОРИТАМИ**

### **Аннотация**

*В работе представлены данные об использовании протеолитических ферментов в послеоперационном периоде эндоскопических хирургических вмешательств для терапии одонтогенного гайморита.*

**Ключевые слова:** *Осложнения, эндоскопическая операция, гайморита пазуха, остеомаатальный комплекс, одонтогенный гайморит.*

**Ринатова К.Р., Сүлейменова Н.Б., Когай Д.В.**

Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының  
ауруханасы, Астана қ., Қазақстан

**СОЗЫЛМАЛЫ ОДОНТОГЕНДІ СИНУСИТІ БАР НАУҚАСТАРДЫ  
ОПЕРАЦИЯДАН KEЙІНГІ ЕНГІЗУДЕ ПРОТЕОЛИТТЫҚ ФЕРМЕНТТЕРДІ  
ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ.**

***Аннотация***

*Жұмыста одонтогенді синуситті емдеу үшін эндоскопиялық хирургияның операциядан кейінгі кезеңінде протеолитикалық ферменттерді қолдану туралы деректер келтірілген.*

**Кілт сөздер:** *Асқынулар, эндоскопиялық хирургия, жоғарғы жақ синус, остеомаатальды кешен, одонтогенді синусит.*

**Rinatova K.R., Suleimenova N.B., Kogai D.V.**

President of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan.

**EXPERIENCE OF PROTEOLYTIC ENZYME APPLICATION IN POSTOPERATIVE  
MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ODONTOGENIC SINUSITIS.**

***Annotation***

*The paper presents data on the use of proteolytic enzymes in the postoperative period of endoscopic surgical interventions for the therapy of odontogenic sinusitis.*

**Key words:** *Complications, endoscopic surgery, maxillary sinus, osteomeatal complex, odontogenic sinusitis.*

**Актуальность:** В настоящее время отмечается значительный рост числа острых и хронических гайморитов, обусловленных стоматологическими процедурами. Одонтогенный гайморит чаще всего вызывается инвазивными процедурами, такими как синуслифтинг и дентальная имплантация, приводящими к нарушению целостности гайморовых пазух. Этот эффект обусловлен близостью корневой системы к нижней стенке гайморовой пазухи[1]. Консервативные методы лечения данного недуга оказываются недостаточными. В современной медицине эндоскопическая гайморотомия считается золотым стандартом для лечения одонтогенных гайморитов[2,4]. Развитие послеоперационных спаечных процессов в антральном отверстии, а также синехий между средней носовой раковиной и боковой стенкой полости носа, представляют собой одну из причин неэффективности операционного лечения и возможного рецидива одонтогенного гайморита[3]. Послеоперационная терапия у

данных пациентов включает в себя механическую очистку полости носа, придаточных пазух носа, а также применение серратиопептидазы.

**Цель:** Цель данного исследования заключается в оценке эффективности применения протеолитических ферментов в предотвращении образования синехий и рубцовой деформации в области остеомиотального комплекса после эндоскопических saniрующих гайморотомий, проводимых в связи с одонтогенными процессами.

**Материалы и методы исследования:** В ходе исследования была отобрана соответствующая целевая аудитория, представленная пациентами, прошедшие эндоскопическую saniрующую гайморотомию в период с ноября 2022 по ноябрь 2023 года с диагнозом острых и хронических одонтогенных гайморитов. В послеоперационном периоде данным пациентам проводились механические промывания полости носа теплым изотоническим раствором натрия хлорида, а также получали протеолитические ферменты, включая серратиопептидазу, в дозировке 10 мг 3 раза в день в течение 10 дней.

Теоретический метод включал в себя изучение, сбор и анализ литературы, связанной с темой научной работы, а также обобщение информации на основе литературных источников.

**Результаты:** В период с ноября 2022 по ноябрь 2023 года было проведено лечение одонтогенного гайморита у 25 пациентов. Послеоперационный эндоскопический мониторинг был осуществлен на 7-й, 14-й и 21-й день. В течение этих дней пациентам были предписаны протеолитические препараты в сочетании с промыванием носа физиологическим раствором. Контрольное обследование проводилось на 30-й день. Наблюдаемое отсутствие синехий и спаек в полости носа у 100% пациентов свидетельствует об эффективности указанных препаратов и процедур.

**Заключение:** В профилактике послеоперационных осложнений, таких как синехии и спайки полости носа, существенную роль играют послеоперационное введение и уход за пациентами. В основном, при обследовании у 10 пациентов были выявлены хронические, а у 15 - острые одонтогенные гаймориты. Проведенное исследование требует дополнительных исследований с участием контрольной группы и расширением объема пациентов. Включенные предварительные данные свидетельствуют о приемлемости использования протеолитических препаратов для профилактики послеоперационных осложнений.

**Вывод:**

1. Применение протеолитических ферментов после эндоскопических операций у пациентов с одонтогенными острыми и хроническими гайморитами оказалось эффективным.
2. Использование этих лекарств является приемлемым для профилактики послеоперационных осложнений.

**Список литературы:**

10. Дмитриенко И. А. Атлас клинической анатомии. М.: Медицина, 1998.
11. Homsy MT, Gaffey MM. Sinus Endoscopic Surgery. 2022 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 33085349.
12. Козлов В. С. Осложнения микроэндопоскопических эндоназальных реконструктивных вмешательств. Методы профилактики и лечения/ Рос. ринология. и :- 2000. - №1. - С. 16-19.
13. Stammberger H., Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery// Eur. Arch. Otorhinolaryng. 1990. Vol. 247. - P. 63-76.

УДК 616.321-002:615.3-085

**Әбдез.Б.Н., Амангелді.А.Е., Шакеев Қ.Т.**

НАО «Медицинский Университет Караганды», г. Караганды, Казахстан

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Аннотация**

*Острый панкреатит - это острое воспаление поджелудочной железы (иногда и прилегающих тканей). [11] Диагноз острого панкреатита у беременных представляет достаточно трудную задачу для врачей, работающих в акушерских клиниках. Острый панкреатит у беременных необходимо дифференцировать от заболеваний, как синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, кишечной непроходимости, обострение хронического холецистита, хронического гепатита, а также патологии гепатобилиарной системы, связанной с беременностью-ранним токсикозом беременных, чрезмерной рвотой беременных, преэклампсией, острой жировой дистрофией печени. [1.2]*

*Считать надо симптомы диспепсии, возникающие до 12 недель беременности, признаками раннего токсикоза и расценивать их после 12 не-дель, как обострение или манифестацию хронического заболевания гепатобилиарной системы. [2.1] Во втором и третьем триместрах обострение острого панкреатита приходится дифференцировать с внутрпеченочным холестазом беременных, преэклампсией, острой жировой дистрофией печени и HELLP-синдромом. К факторам, провоцирующим обострение панкреатита у беременных, следует отнести нарушение диеты, снижение физической активности, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, связанное с гормональными влияниями эстрогенов, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, белковую*

недостаточность, инфекции, а также полипрагмазию. К сожалению, не всегда оправданное назначение большого количества лекарственных препаратов, многокомпонентных витаминов беременным может оказывать токсическое действие на органы гепатобилиарной системы и способствовать обострению острого панкреатита.[5]

**Цель исследования:** изучить развитие нарушений, определить тактику лечения при острого панкреатита у беременных в ранние сроки от начала заболевания в зависимости от степени его тяжести.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, тяжелый острый панкреатит, коагуляционное звено гемостаза, тромбинемия, хронометрическая гиперкоагуляция

**Abdez B.N., Amangeldi.A.E., Shakeev K.T.**

JSC «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan

## **TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANT WOMEN**

### ***Annotation***

*Acute pancreatitis is an acute inflammation of the pancreas (sometimes of adjacent tissues). [11] The diagnosis of acute pancreatitis in pregnant women is quite a difficult task for doctors working in obstetric clinics. Acute pancreatitis in pregnant women must be differentiated from diseases such as irritable bowel syndrome, Crohn's disease, ulcerative colitis, intestinal obstruction, exacerbation of chronic cholecystitis, chronic hepatitis, as well as pathologies of the hepatobiliary system associated with pregnancy - early toxicosis of pregnant women, excessive vomiting of pregnant women, preeclampsia, acute fatty liver degeneration. [1.2] Symptoms of dyspepsia that occur before 12 weeks of pregnancy should be considered signs of early toxicosis and regarded after 12 weeks as an exacerbation or manifestation of a chronic disease of the hepatobiliary system. [2.1] In the second and third trimesters, exacerbation of acute pancreatitis must be differentiated from intrahepatic cholestasis of pregnancy, preeclampsia, acute fatty liver degeneration and HELLP syndrome. Factors that provoke exacerbation of pancreatitis in pregnant women include poor diet, decreased physical activity, impaired motility of the gastrointestinal tract associated with the hormonal effects of estrogens, diseases of the gallbladder and biliary tract, protein deficiency, infections, and polypharmacy. Unfortunately, it is not always justified to prescribe a large number of medications and multicomponent vitamins to pregnant women, which can have a toxic effect on the organs of the hepatobiliary system and contribute to the exacerbation of acute pancreatitis.[5]*



*Purpose of the study: to study the development of disorders, to determine treatment tactics for acute pancreatitis in pregnant women in the early stages of the onset of the disease, depending on the degree of its severity.*

**Key words:** *acute pancreatitis, severe acute pancreatitis, coagulation link of hemostasis, thrombinemia, chronometric hypercoagulation*

**Әбдез.Б. Н., Амангелді.А. Е., Шакеев Қ.Т.**

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ, Қарағанды қ., Қазақстан

## **ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТТИ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ**

### **Аннотация**

*Жедел панкреатит – ұйқы безінің жедел қабынуы (кейде көрші тіндердің). [11] Жүкті әйелдердегі жедел панкреатиттің диагностикасы акушерлік клиникаларда жұмыс істейтін дәрігерлер үшін өте күрделі мәселе болып табылады. Жүкті әйелдердегі жедел панкреатитті тітіркенген ішек синдромы, Крон ауруы, ойық жаралы колит, ішек өтімсіздігі, созылмалы холециститтің өршуі, созылмалы гепатит сияқты аурулардан, сондай-ақ жүктілікке байланысты гепатобилиарлы жүйенің патологиясынан - жүкті әйелдердің ерте токсикозынан ажырату керек. , жүкті әйелдердің шамадан тыс құсуы, преэклампсия, бауырдың жедел майлы дистрофиясы. [1.2] Жүктіліктің 12 аптасына дейін пайда болған диспенсия белгілері ерте токсикоздың белгілері ретінде қарастырылуы керек және 12 аптадан кейін гепатобилиарлы жүйенің созылмалы ауруларының өршуі немесе көрінісі ретінде қарастырылуы керек. [2.1] Екінші және үшінші триместрлерде жедел панкреатиттің өршуін жүктіліктің бауырішілік холестазынан, преэклампсиядан, бауырдың жедел майлы дегенерациясы мен HELLP синдромынан ажырату қажет. Жүкті әйелдерде панкреатиттің өршуін тудыратын факторларға дұрыс тамақтанбау, физикалық белсенділіктің төмендеуі, эстрогендердің гормоналды әсерлерімен байланысты асқазан-ішек жолдарының моторикасының бұзылуы, өт қабының және өт жолдарының аурулары, ақуыз тапшылығы, инфекциялар және полифармация жатады. Өкінішке орай, жүкті әйелдерге гепатобилиарлы жүйенің органдарына токсикалық әсер етіп, жедел панкреатиттің өршуіне ықпал ететін дәрі-дәрмектер мен көп компонентті витаминдердің көп мөлшерін тағайындау әрқашан ақтала бермейді.[5]*

*Зерттеудің мақсаты: бұзылулардың дамуын зерттеу, жүкті әйелдердегі жедел панкреатиттің ауырлық дәрежесіне қарай аурудың басталуының ерте кезеңдерінде емдеу тактикасын анықтау.*

*Кілт сөздер:* жедел панкреатит, ауыр жедел панкреатит, гемостаздың коагуляциялық байланысы, тромбинемия, хронометриялық гиперкоагуляция

**Материал и методы:** В проведенном исследовании актуальности темы приняли участие 45 респондентов.

В 30 пациент с острым панкреатитом в А стадии заболевания, также 1 пациентка с острым панкреатитом при состоянии. Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований. Пациентов разделены на 2 группы: в I группу вошли 15 пациентов с легким и средней тяжестью острым панкреатитом, во II группу - 15 пациентов с тяжелой степени тяжести острого панкреатита. В 1-е и 3-и сутки от начала заболевания проводили исследование системы гемостаза.

**Результаты исследования:** на 1-е сутки от начала заболевания по результатам проведенных лабораторных исследований выявлены признаки хронометрической гиперкоагуляции, повышение активности факторов протромбинового комплекса. На 3-и сутки у пациентов I группы зарегистрированы легкая тромбинемия с хронометрической гиперкоагуляцией, снижение активности антитромбина III. У пациентов II группы на 3-и сутки была выявлена высокая тромбинемия в сочетании с хронометрической гиперкоагуляцией на фоне повышения концентрации фибриногена и увеличения количества тромбоцитов. Выявлена низкая первичная агрегационная активность тромбоцитов при стимуляции аденозиндифосфатом. Уровень амилазы и липазы в сыворотке крови увеличивается в первый день острого панкреатита и возвращается к нормальному через 3-7 дней. Липаза более специфична для панкреатита, но уровень обоих ферментов может быть увеличен при почечной недостаточности и различных заболеваниях брюшной полости (например, при перфоративной язве, мезентериальном тромбозе, кишечной непроходимости). Другие причины повышения амилазы в сыворотке крови включают заболевания слюнных желез, макроамилаземию, а также опухоли, секретирующие амилазу. Разделение фракций амилазы в сыворотке, в частности на панкреатическую (р-тип) и слюнную (s-тип) изоамилазы, увеличивает точность определения острого панкреатита в случае изолированного повышения р-амилазы. Уровни и амилазы, и липазы могут оставаться нормальными, если при рецидивирующем остром панкреатите значительная часть экзокринной паренхимы поджелудочной железы замещена фиброзной тканью.

Нормальный диапазон уровней амилазы и липазы может отличаться в зависимости от использованного метода анализа. Сыворотка пациентов с гипертриглицеридемией может

содержать циркулирующий ингибитор, который должен быть растворен прежде, чем повышение амилазы в сыворотке может быть обнаружено. [6.7]

Уровни амилазы сыворотки могут быть хронически повышены при макроамилаземии, где амилаза связана с сывороточным иммуноглобулином с образованием комплекса, который медленно фильтруется из крови почками. Отношение уровня амилазы к клиренсу креатинина не имеет достаточной чувствительности или специфичности для диагностики панкреатита. Этот тест создан для диагностики макроамилаземии, как правило не сочетающейся с панкреатитом. Чувствительность и специфичность теста на определение трипсиногена-2 в моче более 90% при остром панкреатите.[71]

Больная Д., 28 лет, жительница Алматинской области, поступила в отделение гинекологии 29 марта 2023 г. с диагнозом: «Беременность 30-31 недели. Острый панкреатит, тяжелое течение. Анемия легкой степени»

При расспросе больная отрицала наличие хронических заболеваний, но отмечала изжогу и метеоризм, возникавшие при погрешности в диете до и во время беременности. 13 марта, после погрешности в диете (употребляла в пищу соленую кильку с жареной картошкой) у женщины возникла рвота, сначала съеденной пищей, а позднее - кофейной гущей до 20 раз в день, в связи с чем была госпитализирована по месту жительства в отделение патологии беременных. УЗИ внутренних органов: диффузные изменения и отечность поджелудочной железы, вокруг железы незначительно выпот. Расширена селезеночная вена до 13 мм. Поджелудочная железа болезненна при исследовании. Отечно-болевая форма. Отечно-болевая форма.

В клинических анализах определялось пониженное количество,

**ОАМ:**

КолВо(Моча) - 10.0 мл.

Цвет(Моча) - Жёлтый -

Прозрачность (Моча) - Слабо-мутная - ;

Отн. плотность(Моча) - 1030 - ; рН (Моча) - 6 - ;

Белок (моча) - 0,3 г/л;

Глюкоза(моча, тест полоска) - Отрицательно ммоль/л ;

Билирубин(моча) - Отрицательно -

Уробилиноиды(моча) - 3,4 мкмоль/л :

Кетоны(моча) - +4 + (7,8-10) ммоль/л ;

Нитриты(моча) - Отрицательно - ;

Лейкоциты по полоске(моча) - Отрицательно -

Эритроциты по полоске(моча) - Отрицательно –

Лейкоциты микр(моча) - 4-5 в поле зр.

Слизь(моча) - + в поле зр. ;

Белок (моча, ручной) - 0,033 г/л;

Примечание: Кетонурия Кетоны (моча) - +1+ (7,8-10) ммоль/л ;

**ОАК:**

HGB - 115 г/л;

RBC - 4.24 10<sup>12</sup>/л;

SI - 0.81 - ;

HCT - 36.4 %;

MCV - 86 фл;

PLT - 203 10<sup>9</sup>/л;

WBC - 16.14 10<sup>9</sup>/л;

- Лейкоцитоз

**Общей а-амилазы в моче на анализаторе** : Амилаза (диастаза) в моче - 8850 Ед/л.

**БХК:**

С-реактивный белок (СРБ) - 5.3 мг/л ;

АЛт - 30 Ед/л ; АС - 48.5 Ед/л ;

Глюкоза - 5.5 ммоль/л ;

Креатинин - 59.8 мкмоль/л

Мочевина - 2.66 ммоль/л;

Общий белок - 58 г/л;

Общий билирубин - 22.84 мкмоль/л;

**Общая а-амилаза на анализаторе Альфа-амилаза - 300 Ед/л**

В стационаре по месту жительства получала дезинтоксикационную терапию, фамотидин, антациды, спазмолитики, препараты железа, метронидазол. При поступлении в хирургию предъявляла жалобы на изжогу, нестерпимые боли за грудиной в проекции пищевода, метеоризм, кашицеобразный стул до 4 раз в день, тошноту, рвоту кофейной гущей, приносящую временное облегчение, незначительный кожный зуд. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 110/80 мм Н, ЧСС-78 ударов в мин. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в проекции головки поджелудочной железы.

Печень + 1,5 см. Отеки нижних конечностей

УЗИ внутренних органов: диффузные изменения и отечность поджелудочной железы, вокруг железы незначительно выпот. Расширена селезеночная вена до 13 мм

Поджелудочная железа болезненна при исследовании. Отечно-болевая форма.

Диагноз: Беременность 37 неделя. Острый панкреатит, обострение. Холестатический гепатоз беременной. Анемия 2 степени сочетанного генеза. Варикозная болезнь. Фон:

Ожирение 1 степени. Получала лечение:

Дротоверин 2,0 в/вм 2 раза No2дня.

Гордокс 100тыс/ЕД + физ.раст. 200мл 1 раз/сутки N2дня.

Квамател 20 мг + физ.раств. 200,0 в/в 1 раз/сутки N02 дня.

Диета No5.

Жидкие препараты железа.

Церукал 2,0+физ р/р 0,9% 200,0 в/в кап 5 дн.

Глюкоза 5% 200,0 + вит С 4,0 в/в кап 3 дн.

Антибиотикотерапия: Цефтриаксон, Ципрокс, Метрид.

За время наблюдения к 04.04.2023 г. купировались явления панкреатита самочувствие больной значительно улучшилось.

Родоразрешена физиологические 9.04. 2023-03:00

- Роды: физиологические
- Пол: Мужской

Вес: 3690 г. Рос: 54 см.

Доношенный На 7-е сутки в удовлетворительном состоянии переведена реабилитационное отделение детской клиники для ухода за детьми.

**Заключение:** наиболее выраженные изменения системы гемостаза происходят при развитии тяжелых форм острого панкреатита на 3-и сут от начала заболевания, при этом характерно развитие гиперкоагуляционного синдрома и угнетение фибринолиза

ӘОЖ 616.83

**Жарасова Қ.Т., Куракбаев К.К., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тимурұлы Е.**  
ҚМУ «ҚДСЖМ», Алматы қ., Қазақстан

## ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ КӨРСЕТУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

### **Аннотация**

Соңғы жылдары әзірленген емдеу және оңалту бағдарламаларына қарамастан, полирадикулонейропатиямен (ПРНП) аурушаңдық пен емдеу мәселелерінің медициналық-алеуметтік маңызы зор. ПРНП науқастар мен олардың отбасы мүшелерінің өмір сүру сапасының төмендеуіне ғана емес, сонымен бірге мүгедектікке әкеледі. Полинейропатияны емдеу дәрілік және дәрілік емес емдеу әдістерінен тұратын күрделі және ұзақ процесс. Көптеген авторлар кешенді қалпына келтіру емінің тиімділігіне назар аударады, алайда бекітілген емдеу стандарттарының, сенімді дәлелдер базасының және арнайы әзірленген бағдарламалардың болмауы мұндай пациенттерді оңалтудың бірыңғай тәсілін әзірлеуге мүмкіндік бермейді. Мақалада амбулаториялық жағдайда ПРНП бар науқастарды оңалту мүмкіндіктеріне қатысты мәселелер мен тәсілдер қарастырылған. Материалдық-техникалық жабдықтандыруға, кадрлық құрамға, сондай-ақ бөлімше құрылымына қойылатын негізгі талаптар медициналық оңалту бөлімшелерін жүзеге асыру қажет болатын негізгі нормативтік құқықтық база қаралды.

**Кілт сөздер:** полинейропатия, медициналық оңалту, қалпына келтіру емі, амбулаториялық жағдай, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, пәнаралық тәсіл.

**Жарасова К.Т., Куракбаев К.К., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тимурұлы Е.**

КМУ «ВШОЗ», г.Алматы, Қазақстан

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЕЙ

### **Аннотация**

Проблема заболеваемости и лечения больных с полирадикулонейропатией (ПРНП), несмотря на разработанные в течение последних нескольких десятков лет программ лечения и реабилитации, по-прежнему, имеет большое медико-социальное значение. ПРНП приводит не только к снижению качества жизни пациентов и членов его семьи, но и часто к его инвалидизации. Лечение полинейропатии сложный и длительный процесс, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Многие авторы обращают внимание на эффективность комплексного восстановительного лечения, однако

*отсутствие утвержденных стандартов лечения, убедительной доказательной базы и специально разработанных программ, не позволяет выработать единый подход к реабилитации таких пациентов. В статье освещены вопросы и подход к возможностям реабилитации больных с ПРНП в амбулаторных условиях. Основные требования, предъявляемые к материально-техническому оснащению, к кадровому составу, а также к структуре отделения, рассмотрена основная нормативная правовая база, согласно, которой необходимо осуществлять отделения медицинской реабилитации.*

**Ключевые слова:** *полинейропатия, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, амбулаторные условия, первичная медико-санитарная помощь, междисциплинарный подход.*

**Zharasova K.T., Kurakbayev K.K., Baymuratova M.A.<sup>1</sup>, Ryskulova A.R.<sup>1</sup>, Timuruly E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Kazakhstan Medical University «KSPH» Almaty, Kazakhstan

## **ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PROVIDING MEDICAL REHABILITATION TO PATIENTS WITH POLYRADICULONEUROPATHY**

### ***Annotation***

*The problem of morbidity and treatment of patients with polyradiculoneuropathy (PRNP), despite the treatment and rehabilitation programs developed over the past few decades, is still of great medical and social importance. PRNP leads not only to a decrease in the quality of life of patients and their family members, but also often to their disability. The treatment of polyneuropathy is a complex and lengthy process, including drug and non-drug methods of treatment. Many authors pay attention to the effectiveness of complex restorative treatment, but the lack of approved treatment standards, a convincing evidence base and specially developed programs does not allow us to develop a unified approach to the rehabilitation of such patients. The article highlights the issues and approach to the possibilities of rehabilitation of patients with PRNP in outpatient settings. The main requirements for material and technical equipment, personnel, as well as the structure of the department, the main regulatory legal framework, according to which it is necessary to carry out medical rehabilitation departments, is considered.*

**Keywords:** *polyneuropathy, medical rehabilitation, restorative treatment, outpatient conditions, primary health care, interdisciplinary approach.*

**Материалдар мен әдістер.** Біз Google Scholar ғылыми іздеу жүйесі арқылы PubMed, Medline, e-Library, Web of Science, Cochrane database of systematic reviews, Health Evidence,

Elsevier сияқты іздеу жүйелерінің дерекқорларын пайдалана отырып, соңғы 10 жылдағы ғылыми жарияланымдар мен көпшілікке қолжетімді мақалаларды зерттедік.

**Кіріспе.** Полирадикулонейропатия (ПРНП) - жалпы белгісі перифериялық жүйке құрамындағы тамырлардың немесе жүйке талшықтарының диффузды зақымдануы болып табылатын этиологиясы мен патогенезі әртүрлі аурулардың гетерогенді тобы. Популяцияда ПРНП-ның таралуы шамамен 100 мың тұрғынға шаққанда 2400-ді құрайды (2,4%) және жасы ұлғайған сайын 8 мыңға дейін (8%) артып отырады [1-2].

Медициналық оңалту ПРНП бар науқастарды емдеудің ажырамас бөлігі болып табылады. Бірқатар зерттеушілер сонымен қатар медициналық оңалтудың бірінші кезеңінен бастап және үшінші кезеңде бақылауды жалғастыра отырып, пациентті медициналық көмектің барлық деңгейлерінде сүйемелдеу арқылы кешенді тәсілдің қажеттілігін көрсетеді. Бүгінгі таңда науқастардың функцияларын қалпына келтірудің және өмір сапасын жақсартудың тиімді әдісі ретінде амбулаториялық-емханалық бөлімге үлкен рөл беріледі [3]. Сонымен қатар, міндетті медициналық сақтандыру шеңберінде амбулаториялық жағдайда пациенттерге көмек көрсету кезінде ұйымдастырушылық, құқықтық және экономикалық сипаттағы бірқатар проблемалар бар.

**Негізгі бөлім.** ДДҰ комитетінің анықтамасы бойынша: медициналық оңалту- ол, мақсаты аурудың немесе жарақаттың салдарынан бұзылған функцияларды толық қалпына келтіруге қол жеткізу немесе егер бұл мүмкін болмаса- мүгедектің физикалық, психикалық және әлеуметтік әлеуетін оңтайлы іске асыру, оны қоғамға барынша интеграциялау болып табылатын белсенді процесс [4]. Осылайша, медициналық оңалту ауру кезеңінде мүгедектіктің алдын алу шараларын және жеке адамға қазіргі ауру аясында қабілетті болатын физикалық, психикалық, әлеуметтік, кәсіби және экономикалық толықтығына максималды қол жеткізуге көмектесуді қамтиды.

Бүгінгі таңда денсаулық сақтауды реформалау жағдайында халықты сапалы және қолжетімді мамандандырылған медициналық көмекпен (ММК) қамтамасыз етуге бағытталған іс-шаралар ерекше маңызға ие болып отыр [5-6].

ПРНП кең таралуы практикалық денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып табылады, сонымен бірге клиникалық формалардың әртүрлілігі диагностикада да, емдеу тактикасын таңдауда да белгілі бір қиындықтар туғызады. Белгіленген диагноз: мүгедектікке, когнитивті саланың бұзылуына, психикалық денсаулыққа және пациенттердің әлеуметтік-экономикалық жағдайы мен өмір сапасының нашарлауына әкелуі мүмкін [7], бұл жаңа шешімдерді табу қажеттілігін негіздейді. Сонымен қатар, ПРНП проблемасының ауқымы науқастардың осы



тобына медициналық көмек көрсетудің оңтайлы моделін әзірлеу және енгізу бойынша шешілмеген міндеттерді анықтайды.

ПРНП-мен науқастарды емдеу-бұл дәрілік және дәрілік емес емдеу әдістерәнен тұратын күрделі және ұзақ процесс. Осы себепті полинейропатия мәселесі тек невропатологтардың ғана емес, сонымен қатар басқа мамандықтағы дәрігерлердің де назарында болуы керек: кардиологтар, нефрологтар, гастроэнтерологтар, ортопедтер, отоларингологтар, пульмонологтар, эндокринологтар, психолог, ЕДШ дәрігерлері, ФМжәнеР дәрігерлері. [8-9].

ПРНП-мен науқастарды емдеудегі оңалтудың мақсаты- ауырсыну синдромын жою, зақымдалған жүйке талшықтарының трофикасын жақсарту және оның жоғалған қызметін қалпына келтіру. Жүйке талшықтарының трофикасын жақсарту өте қиын, осы себепті әлсіреген ағзаға дәрілік жүктемені айтарлықтай төмендете отыра, негізі мақсат-физиотерапиялық шаралар мен физиотерапиялық жаттығуларға арналу керек. Емдеудің жедел кезеңінде жаттығуларды қолдану шектеулі болады, бірақ науқастың жағдайы тұрақтанғаннан кейін оларды қолдану емдеуден кейінгі қалпына келтіру кезеңін едәуір қысқартады [10-11]. Алайда, қазіргі уақытта ПРНП емдеу үшін медициналық-санитарлық көмектің дайын әзірленген стандарттары, сондай-ақ пациенттерді оңалту стандарттары жоқ екенін атап өткен жөн.

Амбулаторлы жағдайда жүзеге асырылатын медициналық оңалтудың өзіндік артықшылықтары бар. Біріншіден, стационарларлық бөлімшелерге жүктемені азайтады, екіншіден, амбулаторы оңалтуда пациент емнің көп бөлігін үйде алады, бұл оның әлеуметтік бейімделуін тездетеді және қайта қалпына келу процесіне оң әсер етеді.

Бұл неврологиялық аурудың күрделілігін ескере отырып, науқастарды оңалтудағы маңызды аспект – науқастарды оңалтудың жеке бағдарламаларын құру және оңалту процесінің тиімділігін бақылау әдістерін анықтау, сонымен қатар қосымша ауруларын ескеру қажет [12]. Тәжірибелі невропатолог науқастың неврологиялық статусын: рефлексстерді, бұлшықет тонусын, аяқ-қолдардың қозғалғыштығын бағалап, қосымша аурулар туралы ақпаратты талдағаннан кейін, реабилитолог дәрігермен бірге жеке оңалту бағдарламасын таңдау керек.

Оңалту іс-шараларын жүзеге асыруға мультидисциплинарлық тәсіл-оңалту мақсатын, қажеттілігі мен жеткіліктілігін, ұзақтығын, дәйектілігі мен тиімділігін айқындау мақсатында аурудың салдарын ескеру, өмір салтын өзгерту, қауіп факторларының әсерін азайту бойынша түрлі көмек түрлерін қоса алғанда, әртүрлі бейіндегі мамандардың өзара іс-қимылы кезінде медициналық, педагогикалық, кәсіптік және әлеуметтік сипаттағы шаралар кешенін қолдану

болып табылады. Мультидисциплинарлық тәсілді МДБ мүшелері жүзеге асырады, оның ішіне: көрсетілетін медициналық көмек бейіні бойынша мамандар дәрігерлері; учаскелік дәрігер-терапевт, медициналық оңалту дәрігері, емдік дене шынықтыру және спорттық медицина дәрігері, физиотерапевт дәрігері, медициналық психолог, 4 айғақтар бойынша-Рефлексотерапевт дәрігері, дәрігер - медициналық ұйымның оңалту бөлімшелерінің (кабинеттерінің), физиотерапия бөлімшесінің (кабинетінің), емдік дене шынықтыру бөлімшесінің (кабинетінің), Рефлексотерапия, қолмен терапия кабинеттерінің көрсеткіштері бойынша-түзету педагогикасы (логопедия) мамандығы бойынша қызметті ұйымдастыру талаптарына сәйкес жоғары медициналық емес білімі бар мамандардың, нейропсихологтардың, нұсқаушы-әдіскерлердің емдеу дене шынықтыру бойынша; әлеуметтік жұмыс жөніндегі мамандар кіреді.

Осылайша, медикаментозды терапиямен бірге емдік дене шынықтыру және физиотерапиялық факторларды қолдану оңалту бағдарламаларының тиімділігі 50-ден 80% - ға дейін жоғарылатады, бұл ПРНП бар науқастарда микроциркуляция мен метаболизмге әсер ететін және асқынулардың санын азайтуға ықпал ететін медикаментозды емес әдістер негізінде бағдарламаларды жетілдіру және енгізу қажеттілігін анықтайды [13].

**Қорытынды.** Осылайша, аурудың кең таралуын, асқыну құрылымын ескере отырып, ПРНП бар науқастарда аурудың неврологиялық көріністерін азайту мақсатында, қазіргі уақытта ұлттық денсаулық сақтау жүйесі үшін осы диагнозбен науқастарды емдеудің тиімділігін арттыруға және аурушаңдықты азайтуға бағытталған кешенді медициналық оңалту тұжырымдамаларын әзірлеу басым мақсат болып табылады деп санаймыз, өйткені оны жүргізу субъективті және ошақты неврологиялық симптомдардың регрессиясына әкеле отырып, пациенттердің жалпы өмір сүру сапасын жақсартады. ҚР - дағы қазіргі жағдайды ескере отырып (ҚР ДСМ №116 бұйрығында жүйке жүйесінің қабыну ауруларының болмауы), зерттеу аясында біз ПРНП-мен науқастарды оңалту алгоритмін дайындадық.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

14. Hanewinkel R, van Oijen M, Ikram MA, et al.. The epidemiology and risk factors of chronic polyneuropathy. Eur J Epidemiol 2016;31:5–20.

15. Sommer C, Geber C, Young P, Forst R, Birklein F, Schoser B. Polyneuropathies. Dtsch Arztebl Int. 2018 Feb 9;115(6):83-90. doi: 10.3238/arztebl.2018.083. PMID: 29478436; PMCID: PMC5832891

16. Бадрутдинова Л.Р. Организационные аспекты оказания медицинской реабилитации пациентов перенесших инсульт в амбулаторных условиях / Л.Р. Бадрутдинова, О.А. Манерова

// Международный научно-исследовательский журнал.- 2016. - №11 (53). - URL: <https://research-journal.org/archive/11-53-2016-november/organizacionnye-aspekty-okazaniya-medicinskoj-reabilitacii-pacientov-perenesshix-insult-v-ambulatornyx-usloviyax> - doi: 10.18454/IRJ.2016.53.042

17. Нечаев В. С., Магомедова З.А. Медицинская реабилитация: история вопроса и дефиниции // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-reabilitatsiya-istoriya-voprosa-i-definitsii>.

18. Федоткина С.А., Карайланов М.Г., Русев И.Т.-Рациональное использование стационарзамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи.- Ж. Вестник Санкт-Петербургского университета.- 2017.- Т. 12. Вып. 2 . – С.179-189;

19. Михайлова Ю.В., Францева В.О., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Оценка пациентами качества медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2022; 68(1):6.

20. Бородулина И.В., Рачин А.П. Полинейропатии в практике врача: особенности патогенеза, клиники и современные подходы к лечению болевых и безболевых форм «РМЖ» №25 от 22.12.2016. С. 1705-1710

21. Непочатых М. Г., Сафонова С. А., Посошков И. Д., Богданова В. А., Непочатых А. В. К вопросу реабилитации детей с химиоиндуцированной полиневропатией // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. №1 (191). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-reabilitatsii-detey-s-himioindutsirovannoy-polinevropatiey>.

22. Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Локштанова Т.М. [и др.] Клинические проявления полинейропатии у онкологических больных на фоне химиотерапии и возможность их фармакокоррекции // Архив внутренней медицины. – 2018. – № 2. – С. 137–144.

23. Нувахова М.Б. Полинейропатия: методы лечения и реабилитации / Медицинские науки. Novaum.ru. – 2019. – № 17. – С. 409–412

24. Конева Е.С., Бобкова А.В., Шаповаленко Т.В. [и др.]. Эффективность включения комплексных программ реабилитации в лечение химиоиндуцированной периферической полинейропатии // Физиотерапевт. – 2018. – № 2. – С. 64–49.

25. Бадрутдинова Л.Р. Организационные аспекты оказания медицинской реабилитации пациентов перенесших инсульт в амбулаторных условиях / Л.Р. Бадрутдинова, О.А. Манерова // Международный научно-исследовательский журнал.- 2016. - №11 (53).

26. Сергеенко Е.Ю., Ромашина О.М., Лобышева А.А., Житарева И.В., Барышева О.В. Сочетанное применение импульсного тока низкой частоты и вакуумного воздействия в реабилитации пациентов с диабетической полинейропатией // Вестник восстановительной медицины. 2019. №5 (93). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sochetannoe-primenenie-impulsnogo-toka-nizkoy-chastoty-i-vakuumnogo-vozdeystviya-v-reabilitatsii-patsientov-s-diabeticheskoy>.

УДК 378.096:004

**Мырзатай А., Сарипбекова А. Т.**

ЮКУ им. М.Ауэзова, г. Шымкент, Казахстан

### **АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ**

#### ***Аннотация***

*В статье рассматриваются возможности и виды арт-терапии с детьми, которая не только помогает выплеснуть творческую энергию, но и улучшают психическое здоровье, стимулируют эмоциональное и умственное развитие ребенка, гармонизируют нервную систему. Арт-терапия для дошкольников - это самый щадящий и деликатный подход, который позволяет бережно воздействовать на психику ребенка и решать даже самые сложные проблемы. Сложное развитие ребенка складывается из множества факторов. Это и интеллектуальное развитие ребенка, и движение (например, хореография для детей). Важна морально-нравственная основа, развитие лидерских качеств. Но основой всего этого является гармоничное психическое состояние и уверенность ребенка в себе. Благодаря творчеству ребенок не только достигает этого внутреннего равновесия, но и приобретает множество других полезных навыков.*

**Ключевые слова:** арт-терапия, творчество, детское развитие, воображение, терапия.

**Myrzatai A., Saripbekova A.T.**

M. AUEZOV South Kazakhstan University, Shymkent, Kazakhstan

### **ART THERAPY IN WORKING WITH CHILDREN**

#### ***Annotation***

*Art has nothing to do with magical things and the art of art therapy for children, with what is needed for development, with the creative energy that awakens, with probing, with the mental process, with verbalization, with emotional and physical interaction between types of stimulation*

*and the harmonization of the nervous system. Art therapy for Vorschulkinder is der schoenendst and empfindlichst Ansatz, der Ihnen ermöglicht, the psyche of the Sorgfeltig kind, which affects life, and in itself is a problem associated with lesen. A complex interweaving of two kinds is better than one real factor. It affects the intellectual development of children so much that they also become adults (Z. B. Choreography for children). The highest morality and the moral foundation is what happens, and it influences the Fuhrer's qualifications. Deep down, everything that exists is the harmony of the mental world and the self-development of people. A gloomy creative mistake, yes, Kind, but deep down we are dying, zonder-erwirbt is what we see and what we feel.*

**Keywords :** *creativity, child development, imagination, therapy*

**Мырзатай А., Сарипбекова А. Т.,**

М. Әуезова атындағы ОҚУ, Шымкент қ., Қазақстан

### **БАЛАЛАРМЕН ЖҰМЫСТАҒЫ АРТ-ТЕРАПИЯ**

#### **Аннотация**

Мақалада балалармен арт-терапияның мүмкіндіктері мен түрлері қарастырылады, бұл шығармашылық энергияны шығаруға ғана емес, сонымен бірге психикалық денсаулықты жақсартуға, баланың эмоционалды және психикалық дамуын ынталандыруға, жүйке жүйесін үйлестіруге көмектеседі. Мектеп жасына дейінгі балаларға арналған арт-терапия - бұл баланың психикасына жұмсақ әсер етуге және тіпті ең қиын мәселелерді шешуге мүмкіндік беретін ең жұмсақ және нәзік тәсіл. Баланың күрделі дамуы көптеген факторлардан тұрады. Бұл баланың интеллектуалды дамуы да, қозғалысы да (мысалы, балаларға арналған хореография). Моральдық-адамгершілік негіз, көшбасшылық қасиеттерді дамыту маңызды. Бірақ мұның бәрінің негізі-баланың үйлесімді психикалық жағдайы және өзіне деген сенімділігі. Шығармашылық арқылы бала осы ішкі тепе-теңдікке қол жеткізіп қана қоймай, басқа да көптеген пайдалы дағдыларды игереді.

**Кілт сөздер:** арт-терапия, шығармашылық, балалардың дамуы, қиял, терапия

Термин "Арт-терапия" был введен в 1938 году Адрианом Хиллом, который впервые упомянул этот термин , работая в санатории для больных туберкулезом. Арт-терапия - одно из направлений практической психологии и психотерапии, использующее различные виды творчества для психологической поддержки широкого круга клиентов в решении всего спектра их личных проблем. "Разное", "разнообразие", "непохожесть" - эти слова очень хорошо характеризуют саму арт-терапию. Проведение арт-терапии требует особых условий.

Для индивидуальной творческой работы в арт-терапии необходимо, чтобы помещение было просторным и светлым, без каких-либо препятствий. Члены группы имеют право знать о структуре и особенностях проводимой арт-терапии. Для работы используются различные инструменты: гуашь, цветные карандаши, кисти разных размеров, губка, баночка с водой, цветная бумага, корзина, клей, скотч, масляные карандаши, цветные карандаши, ножницы, нитки и т. д. Как отмечает автор А.И.Копытин, согласно общепринятому международному определению, арт-терапия является одним из направлений креативной терапии искусством (creative arts therapies), наряду с такими направлениями, как музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия. Все они используют творческую активность клиентов (пациентов) как фактор лечебно-профилактического воздействия, но с преимущественной опорой на одну из модальностей, с помощью которой клиенты творчески выражают себя, изобразительное искусство, музыку, движение и танец или искусство театра. Соответственно, имеются специалисты, осуществляющие свою работу с использованием этих модальностей - арт-терапевты, музыкальные терапевты, танцевально-двигательные терапевты и драматерапевты [1].

С точки зрения Л. С. Выготского, в области психологии искусства могут быть выделены три основных сферы познания: восприятие, чувство, воображение. Исходя из данного положения, ученый рассматривал те основные вопросы теории восприятия, интерпретация содержания которых имеет непосредственное отношение к разработке диагностических критериев и коррекционно-развивающих моделей арт-терапевтической деятельности [2]. Психическое здоровье детей и подростков сегодня является важной задачей не только для родителей, но и для педагогического сообщества. Здоровый ребенок - это, прежде всего, творческий, жизнерадостный, открытый и уверенный в себе и в окружающем мире человек. Давайте рассмотрим различные виды увлекательных техник арт-терапии, которые идеально подходят как для маленьких детей, так и для подростков. Автор Евгения Калихова отмечает, что классическая арт-терапия изначально включала в себя такие виды изобразительного искусства, как живопись, моделирование, фотография и графика. Однако в современном мире появляются новые виды творчества и самовыражения. Библиотерапия, драматерапия, танцевальная терапия, сказкотерапия, видео- и аудиотерапия, маскотерапия, песочная терапия и многое другое сейчас популярны. Автор отмечает, что самый популярный вид арт-терапии - рисование. Для него подходят самые разные виды художественных материалов: краски, карандаши, мелки, пастель, бумага различной фактуры, кисти разного размера и жесткости, пластилин и т.д. Существуют различные техники анимотерапии:

- марания - это абстрактные рисунки, в которых нет правил: мы рисуем так, как хотим. По внешнему виду марания иногда выглядят как хаотичные действия красками, цветными карандашами или пластилином. Однако игровая форма этого формата позволяет ребенку удовлетворять деструктивные побуждения.

- монотипия - это фундаментальный графический метод. На гладкой поверхности - стекле, пластиковом листе, фольге - гуашевой краской выполняется рисунок. Сверху кладут лист бумаги и прижимают его к поверхности. Отпечаток получается зеркальным отражением. Рисунок на стекле. Вам понадобится гладкая стеклянная поверхность и краски (подойдет окно, стеклянный стол или зеркало). Детей увлекает сам процесс рисования: краска плавно скользит, ее можно размазывать как кистью, так и пальцами, так как она не впитывается в поверхность стекла и долго не высыхает. Описанная методика предназначена для предотвращения и коррекции страхов, социальных страхов и опасений, связанных с результатом деятельности.

- рисование с использованием сухих листьев и мелких сыпучих материалов. Различные рисунки создаются с помощью листьев, сухой травы, рыхлых материалов и клея ПВА. Изображение наносится на лист бумаги с помощью клея. Затем сверху посыпают предварительно измельченный материал. Любые лишние, не прилипшие частицы стряхиваются. Описанная техника создания образов подходит для детей с выраженной двигательной неловкостью, негативизмом, замкнутостью, способствует процессу адаптации в новом пространстве, передает чувство выполненного долга.

- рисование пальцами, ладонями - это своеобразная игра с красками и новыми тактильными ощущениями, в которой деструктивные импульсы и действия выражаются отпечатками на бумаге. Метод высоко ценится детскими психологами.

Для детей старшего возраста подходят такие виды изотерапии, как рисование жидким акрилом. Жидкий акрил или "жидкое искусство" - это современный вид творчества, главная особенность которого заключается в том, что человеку не нужно обладать навыками рисования, чтобы создать произведение искусства. Такие чувства, как интуиция и креативность, вовлечены в процесс, а техника исполнения настолько проста, что новички сразу ее осваивают. Рисование жидким акрилом может быть рекомендовано тем, кто любит экспериментировать, любит абстрактные картины, мечтает научиться рисовать с нуля и нуждается в отдыхе.

Детям полезно лепить фигурки из песка, потому что так они могут развивать мышление, воображение и, самое главное, мелкую моторику пальцев. Кроме того, при работе с песком создается дополнительный акцент на тактильной чувствительности.

Песочницу можно использовать как в одиночку, так и в группе, если песочница разделена на несколько секций. Таким образом, достигается атмосфера доверия, целостности и взаимодействия в группе. Для занятий ребенку понадобится небольшая песочница, емкость с водой и множество различных форм, чтобы ребенок мог составить композицию на песке, описать и объяснить свое произведение искусства.

- Танцевальная терапия. Эта методика позволяет раскрепостить ребенка не только физически, но и эмоционально. Здесь тело - это инструмент, а движение - это процесс, который помогает испытывать, распознавать и выражать свои чувства. В современной танцевальной терапии существует множество танцевальных стилей. Их выбор зависит от физических и эмоциональных особенностей и предпочтений ребенка. Танец может стать мощным терапевтическим инструментом, способным раскрывать, развивать и корректировать не только физические, но и эмоциональные качества человека. Просто включите свою любимую музыку и танцуйте вместе!

- Музыкалотерапия. На сегодняшний день существуют пассивные и активные формы музыкальной терапии. При пассивной музыкальной терапии ребенок слушает различные музыкальные произведения, соответствующие определенному психическому и эмоциональному состоянию. Благодаря активной музыкальной терапии дети сами участвуют в исполнении музыкальных произведений. Вы можете петь в хоре, играть на музыкальных инструментах, использовать как обычные, так и необычные музыкальные инструменты, например, собственное тело (хлопки, постукивания и т. Д.), особенно эффективным методом является совместная музыкальная терапия, которая не только освобождает ребенка, но и налаживает межличностное взаимодействие между родителем и ребенком.

- Коллаж. Эта модель арт-терапии подходит всем, независимо от возраста. И особенно для тех, кто не любит рисовать. Создание коллажа из различных фрагментов и иллюстраций помогает детям выразить свои желания и развить творческий потенциал. У ребенка есть возможность понять предмет, который его волнует и который кажется ему важным. Коллаж учит нас понимать себя и свои желания и четко их демонстрировать. Для создания коллажа вам понадобится большой лист бумаги и различные иллюстрации, вырезки из газет, фотографии, этикетки, наклейки и все, что поможет образно выразить мысли. Вы можете заранее определить тему: ваши желания, цели, чувства, настроение, мечты, наше лето, воспоминания о школе.

Детские психологи утверждают, что использование арт-терапии может быть творческим поиском ребенка, а также способом социальной адаптации. Необходимо



помогать детям узнавать о себе и окружающем мире с помощью искусства, воображения и игры.

**Список литература:**

1. А.И. Копытин. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие. М.: изд-во Когито-Центр, 2015., 660 с.
2. В.Н. Никитин: Арт-терапия. Учебное пособие . М.: изд-во: Когито-Центр, 2014 г.,328 с.
3. Источник: <https://rosuchebnik.ru/material/art-terapiya-dlya-shkolnikov/>

ӘОЖ 611.018.5+615.38

**Садібекова Ж.У., Жақсылық Қ.А., Анартаева М.Ұ., Сарсенбаева Г.Ж.,  
Бегембетова А.К.**

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

**ҚАН ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ЖЕТІЛДІРУ (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ  
БОЙЫНША)**

***Аннотация***

*Шұғыл медициналық көмектің медициналық және экономикалық тиімділігі, медицинаның әртүрлі бағыттары бойынша инновациялық технологияларды енгізу және соның салдарынан халықтың денсаулық көрсеткіштерінің жай-күйі қан қызметінің дамуына байланысты.*

*Бұл саладағы заманауи динамика Денсаулық сақтау жүйесіндегі экономикалық өзгерістердің де, жаһандық трансфузиологиялық тәжірибеде озық технологияларды қолданудағы соңғы жетістіктердің де әсерінен орын алуда.*

***Кілт сөздер:*** қан мен оның компоненттерін донациялау, қанды жою, гемоконтейнер жүйесінің сапасын арттыру, эритроциттерді жеке таңдау

**Sadibekova Zh. U., Zhaksylyk K. A., Anartaeva M. U., Sarsenbaeva G. Zh.,  
Begembetova A. K.**

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

**IMPROVING THE ACTIVITIES OF THE BLOOD CENTER (IN TURKESTAN  
REGION)**

***Annotation***

*The medical and economic efficiency of emergency medical care, the introduction of innovative technologies in various areas of Medicine and, as a result, the state of health indicators of the population depend on the development of blood activity.*

*Modern dynamics in this area is taking place under the influence of both economic changes in the healthcare system and the latest achievements in the use of advanced technologies in global transfusiological practice.*

**Keywords:** *donation of blood and its components, blood removal, improving the quality of the hemocontainer system, individual selection of red blood cells*

**Садиебекова Ж. У., Жаксылық К. А., Анартаева М. У., Сарсенбаева Г. Ж.,  
Бегембетова А. К.**

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА КРОВИ (ПО ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

### **Аннотация**

*От развития Службы крови зависит медицинская и экономическая эффективность экстренной медицинской помощи, внедрение инновационных технологий по различным направлениям медицины и, как следствие, состояние показателей здоровья населения.*

*Современная динамика в этой области происходит под влиянием как экономических изменений в системе здравоохранения, так и последних достижений в применении передовых технологий в глобальной трансфузиологической практике.*

**Ключевые слова:** *донация крови и ее компонентов, удаление крови, повышение качества системы гемоконтейнера, индивидуальный подбор эритроцитов*

Қан қызметінде ұлттық стандарттардан халықаралық стандарттарға жоспарлы көшуді қамтамасыз ету, өндірістік және клиникалық Трансфузиология саласында ғылыми-қолданбалы зерттеулер жүргізу, сондай-ақ қан қызметі саласындағы кадр ресурстарының біліктілігін арттыру қажет.

Қазіргі уақытта Қазақстанда қан қызметі саласындағы қызметті жүзеге асыратын 18 ұйым жұмыс істейді.

Түркістан облысында қан қызметін оңтайландыру аяқталды, қан компоненттерін клиникалық қолдануды ұйымдастырушылық және зертханалық сүйемелдеу функциялары бар Трансфузиология кабинеттеріне айналдырылған ауруханалар жанындағы қан құю

бөлімшелері қан дайындауды тоқтатты. Қалалық маңызы бар шағын қан орталықтары облыс орталықтарының филиалдарына айналдырылды, облыс орталығы деңгейінде заманауи зертханалар құрылды, соның арқасында инфекциялар скринингіне көзқарас Республика ауқымында біріздендірілді және халықаралық тәжірибеге сәйкес келеді.

Қазақстан Республикасындағы қан қызметінің қазіргі жағдайы дамудың тұрақты оң көрсеткіштерімен сипатталады.

Осылайша, қазіргі уақытта Түркістан облысында қан қызметі саласындағы қызмет Шымкент қаласында және Түркістан және Жетісай қалаларындағы бөлімшелерде жүзеге асырылады .

Түркістан облысында білікті кадрлар еңбекақының төмен мөлшеріне және кәсіби уәждеменің басқа нысандарының болмауына байланысты. 2022 жылы қан орталығының штаты жоғары медициналық білімі бар мамандармен - 18%, орта медициналық персоналмен – 36%, кіші медициналық персоналмен - 14% жасақталған. Шымкент қ. (Түркістан облысы) ГЦК-да дәрігерлердің штат саны 100% -. құрады. Шымкент қаласының ГЦК орта медициналық Штаттарының жасақталуы 100% -. құрады. Шымкент қ. (Түркістан облысы) ГЦК-да біліктілік санаттары бар дәрігерлердің үлесі 50,0% -. құрады.

Кесте 1. Қалалық қан орталығының штаттық саны және кадр құрамы

Атауы	Штаттық кесте		
	Барлығы	Түркістан филиалы	Жетісай бөлімшесі
Дәрігер	35	2	1
Орта медициналық персонал	70,75	7	3
Кіші медициналық персонал	27,5	2	-
Басқа персонал	61	5	-
Барлығы	194,25	16	4

### Түркістан облысындағы қан қызметі қызметінің негізгі көрсеткіштерінің мониторингі.

Донациялар мен дайындалған қанның жалпы саны жыл сайын артып келеді. Донациялар саны шамамен 21 335 мыңды құрайды, донорлық қан мен оның компоненттерін дайындау көлемі 14 035 мың литр.

Жабық типтегі автоматтандырылған анализаторларда жүргізілген трансфузиялық инфекциялардың маркерлеріне Иммунологиялық зерттеулер үшін 2021 жылдан 2023 жылға дейін 100% құрайды.

Жабық типтегі автоматтандырылған анализаторларда жүргізілген трансфузиялық инфекциялар маркерлеріне ПТР-зерттеулер үшін 2021 жылдан 2023 жылға дейін 100% құрайды.

Халықтың донорлық белсенділігінің көрсеткіштері өсу үрдісіне ие және қазіргі уақытта жалпыәлемдік көрсеткіштерге сәйкес келеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы елдің өзін-өзі қамтамасыз етуі үшін ұсынған донорлықты дамыту деңгейінде қан донорлары халықтың 2,5% -., яғни 1000 тұрғынға 25 донорды құрауы тиіс. Қазақстанда бұл көрсеткіш 2021 жылы 2,9% -. құрайды, 2022 жылы 12% - ға дейін өседі, 2023 жылы 9,3% - ға дейін төмендеу үрдісіне ие, яғни бұл көрсеткіштің 3 жылдағы айқын ауытқулары байқалды. Шымкент қаласының қан орталығында донорлықты дамыту 2021 жылы 1,9% - дан 2022 жылы 8% - ға дейін ұлғаю үрдісіне ие, бұдан әрі 2023 жылы 6,4% - ға дейін төмендеу байқалады.

Бұл ретте донорлықты дамыту жөніндегі міндеттер толығымен қан қызметіне жүктелген: донорлық қозғалысты дамыту және қолдау жөніндегі іс-шаралар жүргізіледі, құрметті донорлар үшін жеңілдіктер мен преференциялар бар, донордың энергетикалық шығындарын өтеу ұсынылады.

Түркістан облысында жергілікті атқарушы органдар тарапынан донорлықты насихаттауды қаржылай қолдау жергілікті сипатқа ие. Бизнес тарапынан қайырымдылық және әлеуметтік жауапкершілік тәжірибесі нашар дамыған. Нәтижесінде донорлық қатарларда ақылы донорлар мен алмастырушы донорлардың (донор-туыстарының) үлесі тез төмендемейді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсыныстарына сәйкес, ерікті ақысыз донорлар "алтын стандарт" болып саналады.

Өтеусіз донорлардың үлесі ҚР бойынша да, Түркістан облысы бойынша да салыстырмалы түрде тұрақты және жалпы саннан: ҚР бойынша - 94,7 % (2021 ж.), 97 % (2022 ж.), 97,1 % (2023 ж.); Түркістан облысы бойынша - 92 % (2021 ж.), 93,6 % (2022 ж.) құрайды.), 92,6 % (2023).

Қан мен оның компоненттерін донациялау кезеңінде барлық өтініштер бөлінді, оның ішінде: 2023 жылы Қан мен оның компоненттерінің барлық өтеусіз (туыстық) донациялары 6891; қан мен оның компоненттерінің барлық өтеусіз (ерікті) донациялары -12862.

Қанды және оның компоненттерін автоматтандырылған дайындау мен өңдеудің заманауи ресурс үнемдеуші технологияларын енгізу көлемі дамудың тұрақты оң

көрсеткіштерімен сипатталады. 2021-2023 жж. трансфузиялардың клиникалық нәтижелерінің автоматтандырылған мониторингін енгізу (МО қамтудың%) 100% -. құрайды.

Түркістан облысы бойынша 2 жыл ішінде қабылданған гемопозтикалық дін жасушаларының (ГСК) әлеуетті донорларының барлығы ҚР бойынша жалпы санының 7,5% - . құрайды.

2021 жылы ГСК -1 донорлар тіркелімінен шығарылған ГСК әлеуетті донорларының барлығы.

Кесте 2. Тұжырымдаманың іске асырылуын бағалау индикаторлары (Түркістан облысы)

БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЛАРЫ	2021 ж.	2022 ж.	2023 ж. 9-айда
Жабық үлгідегі автоматтандырылған анализаторларда жүргізілген трансфузиялық инфекциялар маркерлеріне Иммунологиялық зерттеулер үшін	100 %	100 %	100 %
Жабық үлгідегі автоматтандырылған анализаторларда жүргізілген трансфузиялық инфекциялар маркерлеріне ПЦР-зерттеулер үшін	100 %	100 %	100 %
Донорлықты дамыту (1000 тұрғынға шаққандағы донациялар саны)	2,9 % КР, 1,9 % ТО	12 % КР, 8 % ТО	9,3 % КР, 6,4 % ТО
Жалпы санынан өтеусіз донорлардың үлесі	94,7 % КР, 92 % ТО	97 % КР, 93,6 % ТО	97,1 % КР, 92,6 % ТО
Трансфузиялардың клиникалық нәтижелерінің автоматтандырылған мониторингін енгізу	100 %	100 %	100 %
Барлық қабылданған әлеуетті ГСК донорлары	1 044 КР, 88 ТО	1 222 КР, 81 ТО	-
ГСК донорлар тіркелімінен шығарылған барлық әлеуетті ГСК донорлары	1	0	-

Осылайша, Түркістан облысындағы қан қызметі саласындағы ағымдағы жағдай тұрақты оң динамикамен сипатталады; қан қызметінің жұмысында елеулі жақсартулар байқалады. Әлемдік озық тәжірибеге сүйене отырып, қан орталығының қызметіне заманауи стандарттар белсенді енгізілуде. Халықтың қалың жігі өтеусіз ерікті донорлықты дамытудың ұлттық бағдарламасына тартылуда.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. ДДСҰ. Қанның қауіпсіздігі және оның болуы. Ақпараттық бюллетень № 279 от 29.05.2019. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>.
2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 20 қазандағы № ҚР ДСМ-140/2020 бұйрығы. Қанды, оның компоненттерін дайындау, өңдеу, сапасын бақылау, сақтау, өткізу номенклатурасын, қағидаларын, сондай-ақ қанды, оның компоненттерін құю қағидаларын бекіту туралы.
3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 21 маусымдағы № ҚР ДСМ-55 бұйрығы. Халыққа трансфузиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы
4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 2 тамыздағы № ҚР ДСМ-72 бұйрығы. Қан қызметі саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдары туралы ережені бекіту туралы
5. Reddy A., Gayatri Devi R., Jothi Priya A. A short review on safety and availability of blood. Drug Invention Today. 2018; 10(12): 2539-42.
6. Garthwaite E., Reddy V., Douthwaite S., et al. Clinical practice guideline management of blood borne viruses within the haemodialysis unit. BMC Nephrol. 2019; 20(1): 388. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1529-1>.
7. Чемоданов И.Г., Аверьянов Е.Г., Кузнецов С.И. и др. Ұлыбританиядағы Гемонадзор. Трансфузиология.2020; 21(1): 68-78.
8. ДДСҰ. Жүз пайыз ерікті қан донорлығына. Жаһандық әрекет стратегиясы. Ақпараттық бюллетень.[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90809/9789244599693\\_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90809/9789244599693_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
9. Cuadros Aguilera P. La regulación comunitaria de la donación de sangre y la importación de hemoderivados. Revista de Bioética y Derecho. 2019; 47: 129-40.
10. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>.

ӘОЖ 641.1:546.15

**Қуанышбекова Т. Ташимбетова О.Ж.**

Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

**ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫ МӘСЕЛЕСІ ЖӘНЕ ОНЫ ШЕШУ ЖОЛДАРЫ**

**Аннотация**

*Йод жетіспеушілігі проблемасы өзекті мәселе болып табылады, бұл топырақ пен суда йодтың барлық жерде дерлік геофизикалық тапшылығының болуымен расталады. Йод тапшылығы туралы деректер республикада йод тапшылығын жоюдың негізгі іс-шарасы ретінде тамақ өнеркәсібінде және қоғамдық тамақтандыруда йодталған тұзды міндетті түрде пайдалануды айқындаған халықтың йод тапшылығын жою жөніндегі мемлекеттік стратегияны әзірлеуге бастамашылық етті. Осы жұмыстың мақсаты-халық арасында йод тапшылығын жою стратегиясын іске асыру нәтижелерін кешенді бағалау. Қалқанша безінің гормондары, олар өз кезегінде адам ағзасының толық дамуы мен жұмысын қамтамасыз етеді. Йод (йодидтерде) қоршаған ортада кең, бірақ біркелкі емес ұсынылған. Су тасқыны, мұздану және құрғақшылық Жер шарының көптеген аймақтарында радиуста топырақтағы йод мөлшері азаяды. Азық-түлік осы аумақтарда өндірілген өсімдіктер мен жануарлардан шыққан тания йодпен кедейленеді менің ойымша, оларды тұтынатын адамдар йод тапшылығынан зардап шегеді.*

**Кілтті сөздер:** йод тапшылығы, аурулар, эндемиялық зоб, өнім

**Куанышбекова Т., Ташимбетова О. Ж.**

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Түркестан,  
Казахстан

## **ПРОБЛЕМА ДЕФИЦИТА ЙОДА И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ**

### **Аннотация**

*Проблема дефицита йода является актуальной проблемой, что подтверждается наличием практически повсеместного геофизического дефицита йода в почве и воде. Данные о йододефиците инициировали разработку государственной стратегии по ликвидации йододефицита населения, определившей обязательное использование йодированной соли в пищевой промышленности и общественном питании в качестве основного мероприятия по ликвидации йододефицита в республике. Цель данной работы- комплексная оценка результатов реализации стратегии ликвидации йододефицита среди населения. Гормоны щитовидной железы, которые, в свою очередь, обеспечивают полноценное развитие и функционирование человеческого организма. Йод (в йодидах) широко, но неравномерно представлен в окружающей среде. Наводнения, оледенения и засухи во многих регионах земного шара в радиусе уменьшается содержание йода в почве. Продукты питания Тания растительного и животного происхождения, производимая на*

*этих территориях, обедняется йодом я думаю, что люди, которые их потребляют, страдают от дефицита йода.*

**Ключевые слова:** дефицит йода, болезни, эндемический зоб, продукт

**Kuanyshbekova T., Tashimbetova O. Zh.**

International Kazakh-Turkish university after named Kh.A. Yasawi, Turkestan, Kazakhstan

## THE PROBLEM OF IODINE DEFICIENCY AND WAYS TO SOLVE IT

### *Annotation*

*The problem of iodine deficiency is an urgent problem, which is confirmed by the presence of a geophysical deficiency of iodine almost everywhere in soil and water. The data on iodine deficiency initiated the development of a state strategy for eliminating iodine deficiency in the population, which determined the mandatory use of iodized salt in the food industry and public catering as the main measure to eliminate iodine deficiency in the Republic. The purpose of this work is a comprehensive assessment of the results of the implementation of the strategy for eliminating iodine deficiency among the population. Thyroid hormones, which, in turn, ensure the full development and functioning of the human body. Iodine (in iodides) is widely but unevenly represented in the environment. Floods, glaciation and droughts in many regions of the globe reduce the amount of iodine in the soil within a radius. Food of plant and animal origin produced in these territories Tania is impoverished by iodine I think the people who consume them suffer from iodine deficiency.*

**Key words:** iodine deficiency, diseases, endemic goiter, product

**Кіріспе:** Йод тапшылығы аурулары-әлемдегі ең көп таралған жұқпалы емес генезгеі ауруларының тобы. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтері бойынша, йод тапшылығы аурулары 1,5 миллиард адамда тіркеледі, планетаның 655 миллион тұрғыны әртүрлі дәрежеде эндемиялық зобпен ауырса, 43 миллион адам йод тапшылығы нәтижесінде айқын ақыл – ой кемістігі бар[1]. Осыған байланысты йод тапшылығы аурулары маңызды медициналық-әлеуметтік және экономикалық проблеманы тудырады, өйткені олар қалқанша безінің құрылымы мен функциясының бұзылуымен ғана емес, сонымен қатар құнарлылықтың бұзылуына, туа біткен даму ауытқуларының қалыптасуына, перинаталдық және балалар өлімінің өсуіне, ұлттың интеллектуалды, білім беру және кәсіби әлеуетінің айтарлықтай төмендеуіне әкеледі.



**Мақсаты:** Халық арасында йод тапшылығын жою стратегиясын іске асыру нәтижелерін кешенді бағалауды талдау.

**Материал және әдістер :** Йод тапшылығы мәселесі қазіргі таңда өзекті болып табылады, бұл оның топырақтары мен суларында йодтың барлық жерде дерлік геофизикалық тапшылығының болуымен расталады. Топырақтағы йод мөлшері 0,64 мг/кг-нан 9,23-ке дейін, табиғи шалғынды өсімдіктер топыраққа байланысты 0,1-ден 0,49 мг/кг-ға дейін йодқа ие. Суда йод концентрациясы да шамалы, республиканың солтүстігінде – 3,2 мкг/дм<sup>3</sup>, оңтүстігінде – 1,9 мкг/дм<sup>3</sup>, орталығында – 2,7 мкг/дм<sup>3</sup> [2].Йод тапшылығы проблемасын зерттеу үшін біз йодтың адам ағзасына тамақпен күнделікті түсуін бағаладық.

**Нәтиже:** Йод маңызды микроэлементтер болып табылады және оны күнделікті тамақпен қамтамасыз ету денсаулықты сақтау үшін үлкен маңызға ие, өйткені адам ағзасы өздігінен өндіре алмайды, сонымен қатар йод жинай алмайды және созылмалы йод тапшылығында бірқатар патологиялық бұзылулар дамиды [1].Йодтың күнделікті қажеттілігі жасына және физиологиялық жағдайына байланысты және 90-нан 250 мкг-ға дейін. ДДҰ ұсынымдарына сәйкес йодқа күнделікті қажеттілік кестеде келтірілген. 1 [2].Йодтың күнделікті қажеттілігі жасына және физиологиялық жағдайына байланысты.Неғұрлым біртұтас ұсыныстар бойынша 0-10 жас аралығындағы балаларға йодтың тәуліктік қажеттілігі 80-120, жасөспірімдер мен ересектер үшін — 150, жүкті және бала емізетін әйелдер үшін — тәулігіне 200 мкг құрайды [3]. Дене салмағының кг-на есептегенде, мектеп жасына дейінгі балалар қалыпты өсу мен интеллектуалды дамуды қамтамасыз ету үшін йодты көбірек тұтынуды қажет етеді. Егде жастағы адамдарда негізгі метаболизмнің төмендеуіне байланысты олардың күнделікті йодқа деген қажеттілігі аз. Жүкті және бала емізетін әйелдерде қалқанша безі гормондарды көбірек шығарады, сондықтан олар йодты көбірек тұтынуды қажет етеді [4]. Жатыршілік даму кезінде қалқанша безінің гормондары мидың қалыптасуында үлкен рөл атқарады, йодтың жеткіліксіздігі әсіресе ұрыққа қолайсыз [5]. Гипотиреозға әкелетін жүктілік кезіндегі йод тапшылығы ұрықтың миына тұрақты зақым келтіруі мүмкін [6].Өмір бойы адам шамамен 5 г йод тұтынуы керек-шамамен 1 шай қасық. Йодпен қамтамасыз ету мәселесі оңай шешілетін сияқты. Алайда, ДДҰ бағалауы бойынша, 2 миллиардтан астам жер тұрғындарының (халықтың 35-40%) йод тапшылығы бар, бұл әлемдегі ең көп таралған жұқпалы емес патология болып табылатын йод тапшылығы ауруларының дамуына әкеледі, әлем халқының шамамен 30% - й йод тапшылығы ауруларының даму қаупі бар; диетадағы йод тапшылығы 50-ге жуық елде денсаулық сақтаудың маңызды мәселесі болып табылады [7].Қазақстанда йод тапшылығы проблемасы аса өткір тұр, өйткені халық йод тапшылығы ауруларының қаупіне ұшырамайтын аумақтар

жоқ. Өткен ғасырдың 60-жылдарында топырақтағы микроэлементтердің құрамын зерттеу Ресей аумағының басым бөлігі йодпен сарқылғанын көрсетті [8]. Өткен ғасырдың 90-шы жылдарының соңында басталған және қазіргі уақытқа дейін жалғасып келе жатқан эпидемиологиялық зерттеулердің деректері бойынша бүкіл Қазақстан аумағында орташа және жеңіл йод тапшылығы айқындалады, ел халқының кемінде 60% - ы йодтың табиғи тапшылығы жағдайында тұрудан зардап шегеді [9]. Ең айқын йод тапшылығы тау бөктері мен таулы аймақтардың тұрғындары арасында (Солтүстік Кавказ, Орал, Алтай, Қиыр Шығыс), жоғарғы және Орта Еділ, Забайкалье, Лена және Амура өзендерінің бассейндерінде, Чувашияда, батыс және шығыс Сібір тұрғындарында байқалады [10]. 2 жасқа дейінгі балаларда, мектеп оқушыларында және ересектерде зәрдегі йод концентрациясының орташа мөлшері 100 мкг/л — ден асатын, ал жүкті әйелдерде 150 мкг/л-қазіргі заманғы идеялар бойынша мұндай аймақ йод тапшылығынан бос деп саналады [11]. Қазақстандағы йод тапшылығы мәселесін қорытындылай келе, зерттелген аумақтардағы барлық халықтың белгілі бір дәрежеде тамақтануда йод тапшылығы бар, ресейлік тұрғынның әртүрлі аймақтардағы йодты жан басына шаққандағы нақты тұтынуы күніне 40-80 мкг құрайды, яғни физиологиялық қажеттіліктер 2-3 есе аз; елдің кейбір шалғай аймақтарында кретинизм жағдайларына дейін йод тапшылығының ауыр көріністері бар; йод тапшылығы мегаполистерде де (Мәскеу, Санкт-Петербург және т. б.), тіпті жағалаудағы аудандарда да бар, бұл қала тұрғындарына қарағанда ауылдық жерлерде тамақтануға тән; йод тапшылығы аймақтарда да жиі кездеседі, зоб бойынша эндемиялық деп саналмайды; өткен ғасырдың 90-жылдарында жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелерін бүгінгі уақытпен салыстырған кезде айтарлықтай оң динамика байқалмайды [12]. Біз тамақ өнімдерінің құрамында йодтың түсуін бағаладық, оны өндіруде йотталған заттар немесе йодпен байытудың басқа түрлері қолданылды (мысалы, сүт өндірудегі йодказеин, йод қосылған тауық жұмыртқалары). Есептеулер өнімнің жекелеген санаттарының орташа тәуліктік тұтынуын ескере отырып жүргізілді [13]. Мұндай тамақ өнімдерін диетада қолданған кезде йодтың түсуі келесідей болатындығы анықталды: йод мөлшері бойынша ең үлкен нан өнімдері (тұтынылатын нанның орташа мөлшері 162,7 г құрамында 64,0 мкг йод бар), шұжық өнімдері (50 г-да 64,1 мкг йод бар), сүт өнімдері (280 Г-ның орташа тұтынылатын бөлігі 54,1 мкг йодты құрайды). Көкөністердің табиғи құрамына байланысты (орташа тұтыну – 430,5 г) денеге 17,2 мкг йод, балық өнімдерін тұтыну есебінен (тәулігіне 14 г) – 10,4 мкг йод, жарма және макарон өнімдері (орташа тұтыну – 162,7 г) - 10,2 мкг йод, орташа тәуліктік ет бөлігі (112,9 г) - 7,5 мкг, картоп (98,3 г) – 4,9 мкг йод. Йодтың едәуір аз мөлшері жұмыртқа (2,9 мкг йод), жемістер (2,7 мкг йод), қант және кондитерлік өнімдер (2,5 мкг йод)

сияқты өнімдерден келеді[14]. Яғни, йодтың түсуі жеке тағамдардағы йодтың абсолютті құрамына ғана емес, сонымен қатар оларды тұтыну деңгейіне де байланысты. Нәтижелер көрсеткендей тамаққұрамындағы йодпен байытылған тамақ өнімдері-10%,тіпті йотталған тамақты тұздап қолдануды ескермегенде, ересектерге арналған микроэлементтерге физиологиялық қажеттілікті (тәулігіне 150 мкг) қамтамасыз етуге мүмкіндік беретіндігін көрсетеді[15].

**Қорытынды:** Йод тапшылығымен және оның салдарымен күресу үшін әр түрлі мамандықтағы дәрігерлерге тамақтану, йодурия, қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі, қандағы ТТГ, тироксин, трийодтиронин, тироглобулин және басқа қалқанша безінің деңгейін бағалау туралы сауалнама жүргізу арқылы пациенттің йодтың жеткіліксіз тұтынылуын диагностикалау қажет; пациенттерге йод тапшылығын түзету бойынша ұсыныстар беру. Алдын-алу шараларының тиімділігін үнемі бақылауға ерекше назар аудару керек. Сондай-ақ, йодтың шамадан тыс және жеткіліксіз тұтынылуын болдырмау үшін ас тұзын және йодтың басқа да тағамдық көздерін йодтауды үнемі бақылау қажет.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

- Фадеев В.В. Йоддефицитные и аутоиммунные заболевания в регионе легкого йодного дефицита: автореф. ... докт. мед. наук. - Москва. - 2004. - 26 с.
- Шилин Д. Е., Шилина С. Ю., Яковлева И. Н. Проблема дефицита йода глазами неонатолога //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2004. – №. 1. – С. 19-25.
- Велданова М. В. и др. Проблемы дефицита йода с позиции врача //Проблемы эндокринологии. – 2001. – Т. 47. – №. 5. – С. 10-13.
- Копылова Е. Ю., Перевощикова Н. К., Зинчук С. Ф. Современные проблемы дефицита йода //Мать и дитя в Кузбассе. – 2010. – №. 3. – С. 3-8.
- Платонова Н. М. Йодный дефицит: современное состояние проблемы //Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – Т. 11. – №. 1. – С. 12-21.
- Панькив В. И. Проблема сочетанного дефицита йода и селена в развитии заболеваний щитовидной железы //Международный эндокринологический журнал. – 2014. – №. 5 (61). – С. 75-80.
- Панькив В. И. Проблема сочетанного дефицита йода и селена в развитии заболеваний щитовидной железы //Международный эндокринологический журнал. – 2014. – №. 5 (61). – С. 75-80.
- Хинताल Т. В. дефицит йода и йоддефицитные заболевания. – 2010.

- Трошина Е. А. Заболевания, связанные с дефицитом йода: уроки истории и время принятия решений //Проблемы эндокринологии. – 2011. – Т. 57. – №. 1. – С. 60-65.
- Жилякова А. С. Проблема йодного дефицита в окружающей среде //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2013. – Т. 3. – №. 2. – С. 454.
- Казаринова К. С., Шикляева К. А., Галанина К. А. Проблема дефицита йода у беременных женщин, проживающих в Тюменской области //Сборник эссе: Мое научное исследование. – 2020. – С. 4-9.
- Щеплягина Л. А., Курмачева Н. А. Профилактика дефицита йода у беременных и кормящих женщин: проблемы и решения //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т. 14. – №. 4. – С. 29-33.
- Краснов В. М. Современное состояние проблемы йоддефицитных заболеваний //Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т. 7. – №. 1. – С. 108-112.
- Платонова Надежда Михайловна йод тапшылығы: мәселенің қазіргі жағдайы // КЭТ. 2015. №1. URL:
- Сигова М.Р. Халықтың йод тапшылығы мәселесі // StudArctic forum. 2022. Т. 7, № 4. 73-81 б

UDC: 614.86: 614.271.8-004.463.4.

**Nyissanbayeva A., Nysantayeva S.K.**

International Kazakh-Turkish university named after Khoja Akhmet Yassawi, Shymkent,  
Kazakhstan

## **CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) AND PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW**

### ***Annotation***

*Investigations have shown that women are more vulnerable to respiratory infections during pregnancy, therefore pregnant women are at higher risk of contracting COVID-19 due to a weakened immune system . In this investigation, we carry out a literature review of contemporary articles about corona virus infection among pregnant women. In our research, we discussed the results of laboratory results and complications of COVID-19 in pregnant women.*

*We also have maternal and prenatal consequences in infected pregnant women and vertical transmission of the infection.*

**Key words:** *corona virus disease, pandemic, pregnancy, symptoms.*

**Нысанбаева А., Нысантаева С.К.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.  
Шымкент, Казахстан

## **КОРОНАВИРУСНАЯ БОЛЕЗНЬ (COVID-19) И БЕРЕМЕННОСТЬ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

### **Аннотация**

*Исследования в литературе показали, что женщины более уязвимы к респираторным инфекциям во время беременности, поэтому беременные подвергаются более высокому риску заражения COVID-19 из-за ослабленной иммунной системы. На данной исследовании нами проводится литературный обзор актуальных статей коронавирусной инфекции у беременных. В научной работе мы обсудили клинические признаки, результаты лабораторных исследований и осложнения беременности при COVID-19 у беременных женщин. Мы также рассмотрели материнские и перинатальные результаты у инфицированных беременных женщин и вертикальную передачу инфекции*

**Ключевые слова:** *коронавирусная болезнь пандемия, беременность, симптом*

**Нысанбаева А., Нысантаева С. К., Муздыбаева Г.А.**

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

## **КОРОНАВИРУС АУРУЫ (COVID-19) ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК: ЖҮЙЕЛІ ШОЛУ**

### **Аннотация**

*Әдебиеттердегі зерттеулер әйелдердің жүктілік кезінде респираторлық инфекцияларға осал екенін көрсетті, сондықтан жүкті әйелдердің иммундық жүйесінің әлсіреуіне байланысты COVID-19 жұқтыру қаупі жоғары. Бұл зерттеуде біз жүкті әйелдердегі коронавирустық инфекцияның өзекті мақалаларына әдеби шолу жасаймыз. Ғылыми жұмыста біз жүкті әйелдердегі COVID-19 кезіндегі клиникалық белгілерді, зертханалық зерттеулердің нәтижелерін және жүктіліктің асқынуларын талқыладық. Біз сондай ақ жұқтырған жүкті әйелдердің аналық және перинаталдық нәтижелерін және инфекцияның тік берілуін қарастырдық*

**Кілтті сөздер:** *коронавирус ауруы пандемия, жүктілік, симптомдар.*

Introduction: The new pandemic, which is causing fear to all citizens around the world, including doctors, is relevant in all spheres of science, including medicine. The coverage of layers, genders and nosologies often increases and affects everyone: patients, non-sick people, including pregnant women and children[1].

Despite the low mortality rate and mild symptoms in many patients, symptoms in pregnant women are unique. Pregnancy and childbirth are difficult and complicated without corona virus symptoms and create a lot of obstacles for doctors. Synchronous manifestations of CVI symptoms in pregnant women obstruct the duration of pregnancy and in the periods after childbirth [1].

Objective: To summarize currently available data on maternal, fetal, and neonatal outcomes in pregnant women infected with coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Materials and methods. This review was compiled in accordance with established methodology for systematic and literature sources. We reviewed reports and conducted a full electronic search through PubMed, Scopus, Medline, and the reference list of all included studies. All cohort studies that reported outcomes of COVID-19 in pregnancy were included and we searched with the terms, keywords, and variations of the words “COVID-19” and “pregnancy.”

#### Results and discussion

We identified 115 unique articles, and 80 articles were excluded based on title and review. Of the 35 articles identified, 30 full manuscripts were further assessed for eligibility. Briefly, the most common symptoms were fever (87.5%) and cough (53.8%), less common were fatigue (22.5%), diarrhea (8.8%), shortness of breath (11.3%), pain in the throat (7.5%) and myalgia (16.3%). The most common initial symptoms were fever (70.2%) and cough (52.6%). Two patients were asymptomatic on admission but developed typical symptoms a few days later. According to the Diagnosis and Treatment Protocols for Novel Corona virus Pneumonia published by the Chinese government, the majority of patients (96.5%) had mild symptoms or were classified as mild or regular COVID-19 upon admission. Six patients (5.3%) developed severe or critical type, including one case of multiple organ failure and use of extracorporeal membrane oxygenation. The majority of patients (91%) had a cesarean operation, largely due to preeclampsia, fetal distress, a history of previous cesarean operation, and an unknown risk of mother-to-child transmission during vaginal delivery. Two cases of induced termination of pregnancy at the discretion of patients have been reported[2]. A single case-control study showed no differences in preeclampsia, gestational diabetes mellitus, and premature membrane rupture between the COVID-19 and non-COVID-19 groups. In general, the clinical characteristics of pregnant women are similar to those of non-pregnant adults [3], but additional case-control studies are needed to confirm the results. Most researches were conducted in China, but cases from Spain, USA, Portugal, India, Turkey, Brazil, New York, Russia,

Nigeria, and Italy were also included. There is currently no direct evidence that COVID-19 during pregnancy can lead to infection of the fetus through intrauterine vertical transmission. To date, no positive RT-PCR results have been detected in amniotic fluid, placenta, or cord blood in the study population, even in the two cases published by Li et al. and Yu et al., [4] in which COVID-19 was confirmed in two newborns aged 36 hours and three days. The lack of virological evidence of vertical transmission casts doubt on whether these two neonates were infected after birth. In addition, Dong et al. and Zang et al. [38] found virus-specific antibodies in neonatal blood samples collected after birth, but none of the infants tested positive by RT-PCR. Because IgM is not transferred to the fetus through the placenta due to its larger macromolecular structure, we are concerned about whether the placentas were damaged in these cases. Alternatively, the baby could produce IgM if the virus crossed the placenta. However, pathological analyzes published in a case series by Chen et al. suggested a lack of morphological changes associated with infection in the placenta, and a recent study showed that there is a paucity of susceptible SARS-CoV-2 cell subsets at the maternal-fetal interface[5].

Seventeen researches, involving 84 live births, reported fetal and neonatal outcomes. Adverse outcomes were noted including stillbirth (1.2%), neonatal death (1.2%), preterm birth (21.3%), low birth weight (<2500 g, 5.3%), fetal distress (10.7%) and newborn asphyxia (1.2%) reported. The case-control study showed no significant differences in fetal and newborn outcomes (fetal distress [p = 0.668], preterm birth [p = 0.686], and neonatal asphyxia [p] = .441) between groups. To date, available data on fetal and newborn outcomes include only pregnant women infected in the third trimester. It remains unknown whether infection in the first or second trimester will increase the risk of adverse fetal and neonatal outcomes. Therefore, further studies focusing on long-term outcomes in this population are still needed.

In this epidemic, it is important to standardize the screening, hospitalization and management of all suspected/confirmed pregnant women infected with COVID-19, and to prepare maternity wards as best as possible. Management should be in accordance with local, federal and international guidelines, and strategies for the rapid establishment of obstetric units have been proposed [6]. If a pregnant woman is suspected/confirmed to have COVID-19 infection, maternal care and delivery will become complex and difficult. Studies provide prevention methods and safe delivery strategies for pregnant women with COVID-19 [6]. An expert consensus on the management of pregnant women and neonates born to mothers with suspected/confirmed COVID-19 infection was also published to guide clinical practice, which demonstrated that the route and timing of delivery should be individualized according to obstetric indications and maternal status and fruit. [ 10 ].

Newborns are advised to be isolated for at least 14 days, and direct breastfeeding is not recommended until confirmed mothers have recovered or cleared probable infection [7].

#### Clinical symptoms, laboratory and imaging results

The average age of the mother ranged from 24 to 40 years. Early symptoms of patients with COVID-19 included fever, cough, and shortness of breath, myalgia, and fatigue, while sputum production, headache, hemoptysis and diarrhea were other symptoms that were less common [14]. Most women suffered from high fever (73%) and fever and cough (33%), although estimates varied significantly between reports. Some women had shortness of breath ( $\approx 38\%$ ), characteristic anosmia, or nonspecific complaints of myalgia, fatigue, or headache ( $\sim 25\text{--}30\%$ ). Less than one fifth were asymptomatic, although this also varied significantly between reports. Rates of obesity (32.2%) and comorbidities were also high (22.8%). Most women ( $\sim 65\%$ ) were in the third trimester or postpartum at the time of reporting. Investigations showed that most of them had inflammatory markers C-reactive protein or procalcitonin, and about a third had lymphopenia; elevated liver enzymes are complicated in 18.0% [8]. The incidence of severe pneumonia reported among case series ranged from 0% to 15%, with most cases requiring intensive care unit admission.

Most pregnant women underwent low-dose CT scans, reports of which included unilateral/bilateral pneumonia in most patients. Severe lymphopenia has also been observed in many patients with COVID-19 [9]. Some patients had sonographic features suggestive of COVID-19 pneumonia on admission: all four cases had irregular pleural lines and vertical artifacts (v-lines), and two-spotted areas of white lung. Lung ultrasound was more sensitive than chest X-ray in detecting COVID-19 [17]. Viral clearance was confirmed by serial RT-PCR using throat swab samples [10].

Complications during pregnancy. In this study, a total of 6 cases (15%) were classified as severe coronavirus disease 2019, with almost all patients being overweight or obese before pregnancy or having asthma or other underlying conditions [20, 21, 22]. The number of affected pregnant women is increasing, but there is scant information about the clinical features of COVID-19 during pregnancy. The number of affected pregnant women is increasing, but there is scant information about the clinical features of COVID-19 during pregnancy. The most common obstetric complications in pregnant women are preterm labor (6%), premature rupture of membranes (5%) (RPOM) and preeclampsia [11]. In cases of confirmed COVID-19, a higher rate of cesarean section due to the development of fetal distress syndrome [26]. There is no evidence of an increased risk of miscarriage or premature termination of pregnancy in patients infected with COVID-19.

Maternal and prenatal outcomes. Corona virus disease 2019 (COVID-19) has become a major health problem that is spreading throughout the world. Several viral infections, such as common



cold, have been associated with adverse pregnancy outcomes. The question arises: Are pregnant women at greater risk of complications associated with COVID-19 than other people, and what complications should be expected in fetuses whose mothers have been infected? Pregnant women are a high-risk group during outbreaks of infectious diseases like corona virus. Normal pregnancy represents a state of physiological activation of the innate immune response [26,27]. Dória, M., Peixinho, C., Laranjo, M., Mesquita Varejão, A., & Silva, P. T. writes that most cases are asymptomatic. It is not surprising that in all our cases the prognosis was good, since the women had minimal or no signs of the disease. Their study examined from March 25 to April 15, all 103 pregnant women admitted to the department were tested for SARS-CoV-2. Eight cases had moderate fetal growth restriction and one case resulted in twins. There were no complications from the mother, and all newborns tested negative. They also wrote that COVID-19 infection was considered an indication for cesarean section in many cases due to the uncertainty of the risk of vertical transmission and to relieve abdominal pressure for better breathing. Lu et al. looked at three newborns and 230 children in their study with COVID-19 positive mothers and reported that most children had mild illness and all newborns were healthy; After this, they came to the conclusion that corona virus infection cannot be transplacentally transmitted from mother to newborn.

#### Corona virus and pregnancy in Kazakhstan

Since the outbreak of the COVID-19 disease in Wuhan, China, the infection has become a pandemic and a serious public health problem throughout the world and in our country too. Coronavirus infection was first registered in our country in March 2020. Health Minister Yelzhan Birtanov announced the first two cases of corona virus infection in Kazakhstan on March 13 at a briefing at the Central Communications Service

(<https://informburo.kz/stati/koronavirus-v-kazahstane-hronologiya-sobytiy-den-pervyy.html>.)

Several viral infections such as colds, influenza and other infections have been associated with adverse pregnancy outcomes. Many women and doctors are sure to ask whether pregnant women and their fetuses are susceptible, whether pregnant women will be at greater risk of complications associated with COVID-19 compared to other people, and what complications should be expected? Pregnant women and their fetuses are at high risk of infectious disease outbreaks. Physiological and mechanical changes during pregnancy increase susceptibility to infections in general, especially those affecting the cardio respiratory system, and contribute to the rapid progression of respiratory failure during pregnancy.

There were a total of 527,677 pregnant women as of 09/01/2020. The number of births as of 09/01/2020 was 302,290 (for 2019, 390,184)7 during the period 04/01/2020–09/01/2020, 4851 pregnant and postpartum women were registered with COVID-19 in our country. Of these, 3515

were diagnosed with pneumonia and 3543 women were discharged from the hospital. More than a thousand women, that is, 1022, were treated at the outpatient level. When monitoring pregnant and postpartum women with confirmed COVID-19 -4851 for 8 months of these, 80%-90% were pregnant women and the remaining 10%-20% were postpartum women.

Conclusions: The clinical characteristics of pregnant women with COVID-19 are similar to those of non-pregnant adults. Fetal and newborn outcomes appear to be good in most cases, but available data only include pregnant women infected in the third trimester. Further studies are needed to determine long-term outcomes and potential intrauterine vertical transmission [12,13].

This review is limited by the low quality and retrospective nature of the included studies. Inconsistency in the quantity of each calculated element. Moreover, some patients were still pregnant and hospitalized at the time the case reports were completed [14,15]. Current evidence suggests that the clinical characteristics of pregnant women with COVID-19 are similar to those of non-pregnant adults. There is no evidence that pregnant women infected with COVID-19 are more likely to develop severe pneumonia or die. Maternal outcomes observed in late pregnancy, as well as fetal and newborn outcomes, appear to be good in most cases. In the absence of more reliable data, active and intensive management may be the best method. Long-term outcomes and potential intrauterine vertical transmission require further analysis [16,17].

### List of references

27. ДЖУБАНИШБАЕВА Т. Н., НЫСАНТАЕВА С. К., САРКУЛОВА И. С., ТУРЕКУЛОВА А. К. КОРОНАВИРУСНАЯ БОЛЕЗНЬ (COVID-19) И БЕРЕМЕННОСТЬ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР //Валеология: Здоровье, Болезнь, Выздоровление. – 2022. – №. 1. – С. 21-28.

28. Аллахъяров Д. З., Петров Ю. А., Чернавский В. В. Новая короновирусная инфекция: клинические и патогенетические аспекты течения COVID-19 у беременных //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2021. – Т. 23. – №. 8. – С. 57-62.

29. Насри О. и др. Клинико-anamnestические данные беременных с разным течением новой короновирусной инфекции //Астраханский медицинский журнал. – 2023. – Т. 18. – №. 1. – С. 59-65.

30. Индиаминова Г. Н. Результаты беременности и родов у женщин, перенёвших инфекцию COVID-19, в Самаркандской области //VOLGAMEDSCIENCE. – 2021. – С. 299-301.

31. ГАБЧЕНКО Ю. П., КРУЧИНИНА Е. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В

АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ //СТУДЕНЧЕСКИЙ Учредители: Общество с ограниченной ответственностью" Сибирская академическая книга". – С. 10-13.

32. Матвеева К. А., Ханнанова Г. Р. ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСОМ COVID-19 //СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА. – 2022. – С. 417-425.

33. Карнеева Ж. Н., Курмаева Д. Ю. Особенности течения пневмоний на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных женщин. – 2021.

34. Пулатова М. Б. КОРОНАВИРУС SARS-COV-2 И БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ //“ XALQ TAVOVATI VA ZAMONAVIY TIBBIYOT, YANGI YONDASHUVLAR VA DOLZARB TADQIQOTLAR”. – 2022. – С. 19-22.

35. Елгина С. И. и др. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.

36. Шавалиев Р. Ф., Чечулина О. В., Нигматулина Н. А. Течение и исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у юных беременных //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2022. – Т. 18. – №. 3 (96). – С. 77-83.

37. Sinchikhin S. P. et al. Current state of COVID-19 in pregnancy //Gynecology. – 2022. – Т. 24. – №. 3. – С. 206-211.

38. Гареева А. И. и др. Опыт ведения беременных с тяжелой и крайне тяжелой формами COVID-19. – 2022.

39. Малеева Е. Д., Криволапова В. В., Новопольцева Е. Г. Влияние COVID-19 на течение и перинатальные исходы беременности. Анализ состояния новорожденных, имевших перинатальный контакт по COVID-19 //VolgaMedScience. – 2022. – С. 275-277.

40. Dulaeva E. V., Efimkova E. B., Novikova S. V. New COVID-19 and pregnancy //Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist. – 2021. – С. 44-50.

41. Матусевич Е. М., Юрьев С. Ю. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ //Бюллетень медицинской науки. – 2022. – №. 4 (28). – С. 58-65.

42. Белокрыницкая Т. Е. и др. COVID-19 у беременных и небеременных пациенток раннего репродуктивного возраста //Гинекология. – 2021. – Т. 23. – №. 3. – С. 255-259.

43. Петров Ю. А. и др. COVID-19: РИСКИ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА //Главный врач Юга России. – 2022. – №. 4 (85). – С. 39-42.

УДК 616.155194.

**Гайсаева Г., Муздыбаева Г.А.**

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

### **АПЛАСТИКАЛЫҚ АНЕМИЯ: ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ**

#### **Аннотация**

*Апластикалық анемия-қызыл сүйек кемігінің гемопоэз функциясының тежелуі (эритроцитопоэз, лейкопоэз және тромбоцитопоэз), нәтижесінде пангемоцитопения. Гематологиялық синдромның негізгі клиникалық көріністеріне бас айналу, әлсіздік, естен тану, ентігу, кеудедегі шаншу, тері геморрагиясы, қан кету, инфекциялық-қабыну және іріңді процестердің дамуына бейімділік жатады. Ауру гемограммадағы, миелограммадағы және трепанобиоптаттың гистологиялық зерттеуіндегі тән өзгерістер негізінде диагноз қойылады. Патологияны емдеу қан құюды, иммуносупрессивті терапияны, миелотрансплантацияны қамтиды.*

*Шолуда жүре пайда болған апластикалық анемияның патогенезі мен терапиясын зерттеу мәселелеріне қатысты әдебиеттер алынған мәліметтер берілген. Иммуносупрессивті терапия және сүйек кемігін трансплантациялау сияқты ауыр АА емдеудің патогенетикалық стандартты әдістерінің салыстырмалы тиімділігіне талдау жасалды. Шығыс елдерінің артықшылығы - оны орындау жеңілдігі және барлық пациенттер үшін қол жетімділік, ал кемшіліктері-тиімді емес деген қорытынды жасалынды.*

**Кілт сөздер:** *апластикалық анемия, ісік, миелодиспластикалық синдром, T-жасушалары.*

**Гайсаева Г.,Муздыбаева Г. А.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.  
Шымкент, Казахстан

### **АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

#### **Аннотация**

*Апластическая анемия-угнетение функции кроветворения красного костного мозга (эритроцитопоэз, лейкопоэз и тромбоцитопоэз), что приводит к пангемоцитопении. Основные клинические проявления гематологического синдрома включают головокружение,*

слабость, обмороки, одышку, покальвание в груди, кожные геморрагии, кровотечение, склонность к развитию инфекционно-воспалительных и гнойных процессов. Заболевание диагностируется на основании характерных изменений гемограммы, миелограммы и гистологического исследования трепанобиоптата. Лечение патологии включает переливание крови, иммуносупрессивную терапию, миелотрансплантацию.

В обзоре представлены данные, полученные из литературы, касающейся вопросов изучения патогенеза и терапии приобретенной апластической анемии. Был проведен анализ сравнительной эффективности стандартных патогенетических методов лечения тяжелой АА, таких как иммуносупрессивная терапия и трансплантация костного мозга. Сделан вывод о том, что преимущества восточных стран - это легкость их выполнения и доступность для всех пациентов, а недостатки-неэффективность.

**Ключевые слова:** апластическая анемия, опухоль, миелодиспластический синдром, Т-клетки.

**Gaisaeva G., Muzdybayeva G. A.**

Kh.A. Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **APLASTIC ANEMIA: LITERATURE REVIEW**

### **Annotation**

*Aplastic anemia-inhibition of the function of hematopoiesis of the red bone marrow (erythrocytopoiesis, leukopoiesis and thrombocytopoiesis), resulting in pangenocytopenia. The main clinical manifestations of hematological syndrome include dizziness, weakness, fainting, shortness of breath, tingling in the chest, skin hemorrhage, bleeding, a tendency to the development of infectious-inflammatory and purulent processes. The disease is diagnosed on the basis of characteristic changes in the hemogram, myelogram and histological examination of trepanobiopate. Treatment of pathology includes blood transfusion, immunosuppressive therapy, myelotransplantation.*

*The review provides data from the literature on the problems of studying the pathogenesis and therapy of acquired aplastic anemia. The comparative effectiveness of pathogenetic standard methods of treating severe AA, such as immunosuppressive therapy and bone marrow transplantation, has been analyzed. It was concluded that the advantages of Eastern countries are the ease of its execution and accessibility for all patients, and the disadvantages are that it is not effective.*

**Key words:** aplastic anemia, tumor, myelodysplastic syndrome, T cells.

Кіріспе: Жүре пайда болған апластикалық анемия (АА) сирек (жылына 1 млн.халыққа шаққанда орта есеппен 2-5 жағдай) және қан жүйесінің ең ауыр ауруларының бірі болып табылады. Еуропа мен Азияда бірдей әдіснаманы қолдана отырып жүргізілген екі эпидемиологиялық зерттеуге сәйкес, аурудың жиілігі Азияда Еуропаға қарағанда 2-3 есе жоғары болды [1,2]. Ауру жиілігіндегі өзгергіштік вирустар, дәрі-дәрмектер, химиялық заттар, тұқым қуалаушылық, диагностикалық критерийлер және зерттеу дизайны сияқты қоршаған орта факторларының әсеріндегі айырмашылықтарды көрсетуі мүмкін. Бұл ауруды зерттеудегі белгілі бір жетістіктерге қарамастан, бірқатар маңызды мәселелер әлі де шешімін тапқан жоқ. Оларға, ең алдымен, АА даму механизмдері туралы жеткілікті толық ақпараттың болмауы жатады, бұл ауруды емдеудің оңтайлы әдістерін табу мәселесін өзекті екенін көрсетеді. Ауыр АА-да өлім-жітім жоғары, бірақ соңғы 25 жыл ішінде АА терапиясында айтарлықтай жетістіктерге қол жеткізілді, нәтижесінде пациенттердің көпшілігі көптеген жылдар бойы тұрақты сақталатын гемопоз көрсеткіштерін едәуір жақсартуға қол жеткізді. Бұл жетістіктер негізінен сүйек кемігін трансплантациялау (ТКТ) технологияларын жетілдірумен және иммуносупрессивті терапияны (ИСТ) жүргізумен байланысты, олар бүгінгі күні АА-мен ауыратын науқастарды емдеудің ең оңтайлы әдістері болып табылады. АА нәтижесіне аурудың ауырлығы мен жасы, сондай-ақ бастапқы терапияны таңдау сияқты факторлар әсер етуі мүмкін [3,4]. Сүйек кемігінің жұмысындағы бұзылулар асимптоматикалық болуы мүмкін емес. Қан анализінде тән өзгерістер пайда болады, атап айтқанда, барлық қан элементтері өте төмен деңгейге ие болады. Әрине, науқастың өмір сүру сапасы айтарлықтай нашарлайды.

Анемияның күрт басталуы болған кезде, жалпы денсаулық жағдайында адам кенеттен өзін нашар сезіне бастайды. Бұл жағдайда патология өте тез дамиды және емдеу тиімсіз болып шығады. Мұндай клиникалық көрініс сирек кездеседі. Көбінесе анемия біртіндеп дамиды, сондықтан адам ұзақ уақыт бойы өзінің қорқынышты диагнозын білмеуі мүмкін. Дене бейімделу механизмдерін қоса алғанда, "жаман әзіл" ойнайды, осылайша бар бұзылыстың белгілерімен қабаттасады. Бұл уақтылы емдеуді бастауға мүмкіндік бермейді[5]. Алайда, ерте ме, кеш пе, бұзушылықтың белгілері әлі де көрінеді, бұл адамды медициналық көмекке жүгінуге мәжбүр етеді. Сүйек кемігінің зақымдануы науқастың келесі патологиялық синдромдарды дамытуына әкеледі: анемиялық және геморрагиялық. Сонымен қатар, инфекциялық асқынулардың ықтималдығы артады. Апластикалық анемияның негізгі белгілері: егер сүйек кемігінде эритроциттердің пайда болуының бұзылуынан басқа тромбоциттер жеткіліксіз өндірілсе, онда бұл қан кетумен бірге жүреді. Тіндер оттегінің жетіспеушілігінен зардап шегеді, тері табиғи емес бозаруға ие болады. Адам жиі бас ауруын

сезінеді, айналуы мүмкін[6]. Шамалы физикалық күш - жігермен енгігу пайда болады, ол кейінірек тыныштық жағдайында да дами бастайды. Ауыз қуысы әртүрлі инфекциялық агенттердің шабуылына ұшырайды. Жалпы, адам үнемі әлсіздікке ұшырайды және тез шаршайды. Тромбоциттер деңгейінің төмендеуі тері астындағы қан кетулердің пайда болуына әкеледі, қызыл иек қан кете бастайды. Кейде мұрыннан қан кетеді, әйелдерде жатырдан қан кету күшейеді. Лейкоциттер санының азаюы дененің иммундық күштерінің төмендеуіне әкеледі. Оған инфекциялармен күресу қиынға соғады, адам жиі және ұзақ уақыт ауыра бастайды. Онда отит, өкпенің қабынуы, тері астындағы қан кетулер іріңді инфекциялармен асқынуы мүмкін, тіпті сепсисті жоққа шығаруға болмайды. Барлық аурулар дене температурасының айтарлықтай жоғарылауымен бірге жүреді[7]. Диагностика. Апластикалық анемия перифериялық қанның панцитопениясымен және сүйек кемігінің жасушалық редукциясымен сипатталады. Жүре пайда болған АА диагнозы панцитопениямен байланысты басқа жағдайларды, атап айтқанда Фанкони анемиясын (тұқым қуалайтын сүйек кемігінің жеткіліксіздігі) және миелодиспластикалық синдромды (МДС) жоққа шығаруды талап етеді. Егер пациент бала немесе жасөспірім болса, Фанкони анемиясына күдіктенуге болады[8]. Фанкони анемиясын хромосомалардың сынғыштығын тексеру негізінде жоюға болады: Фанкони анемиясымен ауыратын науқастардың жасушалары соматикалық жасушаларда хромосомалық аберрация жиілігінің жоғарылауын көрсетеді. МДС тиісті цитогистологиялық және цитогенетикалық талдау жүргізу арқылы алынып тасталуы мүмкін. Осы үш патологиялық жағдайды ажырату өте маңызды, өйткені олардың әрқайсысын емдеудің өзіндік ерекшеліктері бар. Сүйек кемігінің жеткіліксіздігі, панцитопения және трансфузиялық тәуелділік болған кезде АА ауырлығының жіктелуі нейтрофилдер санын (PMN) санауға негізделеді: ауыр емес АА (нТАА) - нейтрофилдер саны 0,5-10% - дан астам; ауыр АА (ТАА) - 0,2-0,5-10% және өте ауыр АА (оТАА) - 0,2-ден аз-10%[9].

**Жүре пайда болған АА емі.** Жүре пайда болған АА –сы бар пациенттерге цитопения деңгейіне негізделген емдеу стратегиясының үш түрлі нұсқасы ұсынылуы мүмкін. Бұл ретте, орташа цитопениясы (гипопластикалық анемия) бар, трансфузияға мұқтаж емес науқастарға демеуші ем немесе анаболикалық стероидтармен және/немесе стероидтердің немесе циклоsporиннің (ЦС) төмен дозаларымен амбулаториялық емдеу ұсынылуы мүмкін. Андрогендердің емдік әсерінің механизмі, кейде кейбір пациенттерде өте маңызды, жақында ішінара нақтыланды: андрогендер адамның СД34+ жасушаларында [6] теломеразаның (хромосомалардың ұштарында теломерлер түзетін фермент) белсенділігін арттыратыны белгілі болды[10].

**Иммуносупрессиялық терапия.** Антитимоцитарлық глобулинмен (АТГ) емде жүрген пациенттердің өмір сүру деңгейі демеуші ем қабылдап жүрген пациенттерге қарағанда едәуір жоғары [7]. Егер АТГ-ны андрогендермен[8] немесе циклоспоринмен [9] біріктірсе, терапияға жауап айтарлықтай артады, бірақ бұл өмір сүру деңгейіне әсер етпейді. Аралас терапия (АТГ+циклоспорин) кезінде эпизодтардан бос өмір сүру деңгейі де АТГ монотерапиясына қарағанда едәуір жоғары болды: АТГ монотерапиясын алатын пациенттер аралас терапиядағы пациенттерге қарағанда ИСТ қосымша курстарына мұқтаж болды, алайда 15 жылдық өмір сүру бұл ретте топтар арасында айтарлықтай ерекшеленбеді [11,12].

**Қорытындылай** келе, диагноз мен емдеу арасындағы аралық неғұрлым қысқа болса, терапия нәтижелері соғұрлым сәтті болатынына тағы бір рет назар аударғым келеді. Алайда, аурудың толық клиникалық және гематологиялық ремиссиясына қол жеткізуге мүмкіндік беретін est және ТСМ арқылы АА терапиясындағы айтарлықтай жетістіктерге қарамастан, бұл емдеу әдістерінің қымбаттығын, сондай-ақ оларды жүзеге асыру үшін жеткілікті стерильді жағдайлар жасау қажеттілігін атап өтуге болмайды. Әрине, мұндай жағдайларда апластикалық анемия сияқты ауыр ауруды балама емдеудің кез-келген, арзан және қол жетімді әдістерін іздеу өте маңызды. Осыған байланысты, апластикалық анемияны емдеудің баламалы, бірақ өте арзан және сонымен бірге тиімді әдістерінің бірі осы мақсатта биік таулы климатпен емдеуді пайдалану болып табылады.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

44. Айсариева, Б. К. Апластическая анемия: современные представления о патогенезе и терапии / Б. К. Айсариева, А. Р. Раймжанов, К. А. Айтбаев. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2011. — № 9 (32). — С. 228-235.

45. Кулагин А. Д., Лисуков И. А., Козлов В. А. Апластическая анемия. – Федеральное государственное унитарное предприятие Академический научно-издательский, производственно-полиграфический и книгораспространительский центр Наука, 2008.

46. Михайлова Е. А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению апластической анемии (редакция 2019 г.) //Гематология и трансфузиология. – 2020. – Т. 65. – №. 2. – С. 208-226.

47. Салтовская Т. Э., Скворцов В. В., Чернышова А. А. Апластическая анемия //Медицинская сестра. – 2017. – №. 4. – С. 17-21.

48. Раймжанов А. Р. Апластическая анемия //Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева. – 2016. – №. 1. – С. 115-120.



49. ТУРСЫНОВА Б. А. и др. АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ //Валеология: Здоровье, Болезнь, Выздоровление. – 2022. – №. 1. – С. 69-75.
50. Айсариева Б. К., Раймжанов А. Р., Айтбаев К. А. Апластическая анемия: современные представления о патогенезе и терапии //Молодой ученый. – 2011. – №. 9. – С. 228-235.
51. Кугейко Т. Б. и др. Приобретенная апластическая анемия у детей в Республике Беларусь в период после аварии на Чернобыльской атомной электростанции //Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2018. – Т. 17. – №. 4. – С. 17-22.
52. Данилко В. А. и др. Апластическая анемия и беременность //Здоровье женщины. – 2013. – №. 3. – С. 99-100.
53. Гайсина Э. Ш., Суворова Е. В. § 7. Врожденная апластическая анемия БлекфанаДаймонда //Практика в медицинском вузе и пандемия реалии и перспективы. – 2022. – С. 58-60.
54. Саркисян Г. П. и др. Иммунофенотипическая и функциональная характеристика лимфоцитов крови у больных апластической анемией на фоне иммуносупрессивной терапии //Гематология и трансфузиология. – 2003. – Т. 48. – №. 3. – С. 23-26.
55. Сараева Н. О. Новые взгляды на апластическую анемию //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1999. – Т. 18. – №. 3. – С. 005-009.

ӘОЖ 371.7

**Маметай Ж.Б. <sup>1</sup>, Саркулова И.И. <sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан

## **ЖАСТАР АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

### ***Аннотация***

*Қазіргі әлемде салауатты өмір салтын насихаттау, әсіресе жастар арасында маңызды міндеттердің бірі болып табылады. Біздің ғылыми жұмысымызда жастардың өмір салтының әртүрлі факторларының денсаулық жағдайына әсерінің тәуелділігі туралы сұрақтар жазылған. Зиянды әдеттер мәселесін зерттеу және ашу процесі арқылы салауатты өмір салты мәдениетін қалыптастыру. Жастардың маңыздылығы атап өтіледі әлеуметтік-демографиялық топ, оның болашақтағы өмір салты, қоғам дамуының*

сипаты. Әлеуметтенудегі, жас ұрпақтың салауатты өмір салтын қалыптастырудағы объективті және субъективті факторлардың әсері түсініледі. Жастарды салауатты өмір салтының құндылықтарымен таныстыруда қоғамның әлеуметтік-экономикалық, әлеуметтік-мәдени шындықтарының маңызды рөлі атап өтіледі. Көптеген авторлардың пікіріне, кейбір маңызды міндеттер тұжырымдалады, олардың шешімі жастардың денсаулығын жақсартуға, оларды салауатты өмір салтының құндылықтарымен таныстыруға бағытталған болып келеді.

**Кілт сөздер:** денсаулық, зиянды әдеттер, зерттеу, фактор, қоғам

**Маметай Ж.Б. <sup>1</sup>, Саркулова И.С. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г. Шымкент, Қазақстан

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

### **Аннотация**

*В современном мире пропаганда здорового образа жизни является одной из важнейших задач, особенно среди молодежи. В нашей научной работе написаны вопросы о зависимости влияния различных факторов образа жизни молодежи на состояние здоровья. Формирование культуры здорового образа жизни через процесс изучения и раскрытия проблемы вредных привычек. Подчеркивается важность молодежи социально-демографическая группа, ее образ жизни в будущем, характер развития общества. Под влиянием объективных и субъективных факторов в социализации, формировании здорового образа жизни подрастающего поколения понимают. Подчеркивается важная роль социально-экономических, социокультурных реалий общества в ознакомлении молодежи с ценностями здорового образа жизни. По мнению многих авторов, сформулированы некоторые важные задачи, решение которых направлено на улучшение здоровья молодежи, ознакомление ее с ценностями здорового образа жизни.*

**Ключевые слова:** здоровье, Вредные привычки, исследования, фактор, общество

**Mametai Zh.B. <sup>1</sup>, Sarkulova I.S. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

<sup>2</sup> Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## ACTUAL PROBLEMS OF FORMING A HEALTHY LIFESTYLE AMONG YOUNG PEOPLE

### *Annotation*

*In the modern world, promoting a healthy lifestyle is one of the most important tasks, especially among young people. In our scientific work, questions are written about the dependence of the influence of various lifestyle factors on the state of health of young people. Formation of a culture of a healthy lifestyle through the process of studying and revealing the problem of bad habits. The importance of youth is emphasized socio-demographic group, its lifestyle in the future, the nature of the development of society. The influence of objective and subjective factors in socialization, the formation of a healthy lifestyle of the younger generation is understood. The important role of socio-economic, socio-cultural realities of society in introducing young people to the values of a healthy lifestyle is noted. According to many authors, some important tasks are formulated, the solution of which is aimed at improving the health of young people, familiarizing them with the values of a healthy lifestyle.*

**Key words:** *health, Bad Habits, research, factor, society*

**Кіріспе:** Денсаулық-бұл әр адамның ғана емес, бүкіл қоғамның ең үлкен игілігі мен баға жетпес байлығы, бұл ең үлкен әлеуметтік құндылық. Бір жағынан, денсаулық адамның өзінің биологиялық және әлеуметтік функцияларын, материалдық және рухани салалардағы қызметін, шығармашылық өзін-өзі жүзеге асырудың негізгі шарттарының бірі, екінші жағынан, адамның денсаулығын нығайтуға саналы, белсенді ұмтылысы болмаса, оның әлеуетін жүзеге асыру мүмкін емес[1]. Осылайша, адамның мінез - құлқы денсаулыққа тікелей байланысты, ал денсаулық белгілі бір өмір салтының көрінісі болып табылатын мінез-құлыққа байланысты. Бұл тақырыптың өзектілігі денсаулық әр адамның өміріндегі ең маңызды құндылық болып табылады. Физикалық денсаулық - бұл оның барлық мүшелері мен жүйелерінің қалыпты жұмыс істеуі мен дамуына байланысты организмнің табиғи жағдайы. Психикалық денсаулық – адамның өз әлеуетін іске асыра алатын, қарапайым өмірлік күйзелістерге төтеп бере алатын, өнімді және жемісті еңбек ететін, өмірге деген оң көзқарасы болатын салауаттылық жағдайы. Моральдық денсаулық-бұл адамның қоғамдағы әлеуметтік өмірінің негізі болып табылатын моральдық заңдар мен моральдық қағидаларды сақтау қабілеті[2]. Жастардың өмір ритағын реттеуге, олардың салауатты ұйқыны, гигиенаны, қауіпсіздік техникасын сақтауға, спортты ынталандыруға, табиғатпен қарым-қатынас жасауға және т.б. көп күш жұмсау керек, бұл үйлесімді дамуға және салауатты өмір салтын

таңдауға ықпал етуі мүмкін. Салауатты өмір салтын қалыптастырудың маңызды шарты оны танымал етуге сауатты көзқарас болып табылады. Халықтың салауатты өмір салтына, оның ішінде бұқаралық ақпарат құралдарының көмегімен қызығушылығын ояту маңызды[3]. БАҚ-тың адамға әсерін асыра бағалау қиын. Жас ересектерге салауатты немесе зиянды өмір салтын емес, салауатты және жасампаз мінез-құлықтың көптеген нұсқаларын таңдауға мүмкіндік беру үшін жас ұрпаққа мүмкіндігінше жағымды мысалдар көрсету қажет. Өскелең ұрпаққа "зиянды"болу тиімсіз болатындай жағдай жасау керек. Заманауи жарнамалық және PR технологиялары ұсынатын инновациялық тәсілдерді енгізу белсендірек. Бұл денсаулық пен салауатты өмір салтын қалыптастыруға қолайлы өмір сүру жағдайларын жасайды

Қазіргі уақытта жұмыс тәжірибесіне валеологиялық сауаттылықты қалыптастыруға, СӨС ұйымдастыруға, жалпы білім беретін оқу қызметі, сондай-ақ дене шынықтыру және СӨС-ке бағытталған тәрбие жұмысы саласында оқушылардың денсаулығын нығайтуға ықпал ететін түрлі білім беру және сауықтыру бағдарламалары кеңінен енгізілуде[4].

**Зерттеудің мақсаты**-жастардың өмір салтының әртүрлі факторларының денсаулық жағдайына әсеріне тәуелділік мәселелерін қарастыру.Зиянды әдеттер мәселесін зерттеу және ашу процесі арқылы салауатты өмір салты мәдениетін қалыптастыру.

**Зерттеу әдістері:** «Салауатты өмір салты»ұғымы қандай компоненттерді қамтитынын зерттеу. Адамға тән қабілеттерді жүзеге асыру мінез-құлыққа, әдеттерге, толыққанды және бақытты өмір сүру үшін денсаулықтың әлеуетті мүмкіндіктерін ұтымды пайдалану қабілетіне тікелей байланысты

**Нәтижелер:**Теориялық зерттеулер, ғылыми мақалалар, конференция материалдары және т.б. негізінде жас ұрпақтың аурулары мен өлімінің негізгі факторлары анықталды.Салауатты өмір салтын қалыптастыру және адамның салауатты рухын сақтау үшін қолайлы орта сияқты компоненттер маңызды; барлық қажетті дәрумендер мен минералдарды қамтитын жаңа, табиғи тағамдардан тұратын дұрыс және ұтымды тамақтану; қозғалыс белсенділігі және қатаю; жаман әдеттерден бас тарту; ойластырылған күн тәртібі; толық демалу және ұйқы, оң көзқарас өмір, стрессті жеңе білу[5]. Қозғалыс белсенділігі, дене шынықтыру және спортпен үнемі айналысу – адам ағзасының қалыпты жұмыс істеуі мен денсаулығын сақтаудың міндетті шарты. Таңертеңгі гигиеналық гимнастика, кез-келген адамның өмірінде күнделікті серуендеу-бұл әртүрлі органдар мен жүйелердің жұмысын жақсартуды қамтамасыз ететін тұрақты дене шынықтырудың кең таралған және қол жетімді түрлерінің бірі. Дене шынықтырумен және спортпен айналысатын жастардың ағзаның қоршаған орта факторларына бейімделу қабілеті артады. Олар аз ауырады, қолайсыз сыртқы әсерлерге, психологиялық стресстерге төзімді, психикалық және физикалық белсенділікке

жақсы төзе алады[6]. Бұлшықеттердегі физикалық белсенділіктің төмендеуімен бұлшықет әлсіздігіне әкелетін құрылымдық және функционалдық өзгерістермен атрофияның жоғарылауы байқалады. Бұлшықет корсетінің әлсіреуі омыртқаның қисаюына, кеуде қуысының, жамбастың деформациясына әкелуі мүмкін. Қозғалыс белсенділігінің шектелуі ішкі органдардың, соның ішінде жүрек - қантамыр жүйесінің бұзылуына әкеледі[7]. Дене шынықтыру құралдарымен жүрек – қан тамырлары ауруларының алдын алу-жасөспірімдер мен жастарды сауықтырудың нақты жолы. Жастар ортасында дене шынықтыру мен спортты дамыту-денсаулықты нығайту саласындағы маңызды бағыттардың бірі. Бұл міндетті шешу үшін спорттық ғимараттар мен құрылыстардың, спорттық алаңдардың саны қадамдық қолжетімділікте артып келеді, оқу орындарында дене шынықтырудың қосымша сағаттары енгізіледі, елімізде әртүрлі спорт түрлерін дамыту бағдарламалары әзірленіп, іске асырылуда. Ағзаның жеке гигиенасы, ең алдымен, теріні таза ұстаумен байланысты. Жеке гигиена тек тері гигиенасын ғана емес, сонымен қатар тұрғын үй, су, тамақ және киім гигиенасын да қамтиды. Эпидемияның өршуі кезінде нормалар мен ережелерді сақтау елдің барлық тұрғындары үшін міндетті болып табылады. Қолды жуу, бетперде, қолғап кию, қашықтықты сақтау, мәдени бұқаралық іс-шараларды шектеу шаралары, қашықтықтан оқыту және басқа да шаралар-денсаулығымызды сақтау үшін мәжбүрлі, бірақ қажетті шаралар[8]. Жастардың денсаулығы мәселесі жаһандық проблема болып табылады және ол әсіресе ХХІ ғасырдың басында өткір болды. Сондықтан жастар арасында салауатты өмір салты саясатын енгізу қажеттілігі туындап отыр. Салауатты өмір салтын қалыптастыру - қазіргі қоғамның көптеген компоненттерін қамтитын және адам өмірінің негізгі салалары мен бағыттарын қамтитын күрделі жүйелік процесс[9]. Денсаулық-бұл организмнің барлық мүшелері мен жүйелерінің функциялары сыртқы ортамен динамикалық тепе-теңдікте болатын жағдай. Денсаулықтың негізінде физиологиялық, психологиялық және әлеуметтік функцияларды дамыту және сақтау процестері жатыр. Салауатты өмір салты халықтың денсаулық жағдайымен тығыз байланысты. Қоғамдық өмірдің күрделенуіне, техногендік, экологиялық, психологиялық, саяси және әскери сипаттағы тәуекелдердің артуына байланысты адам ағзасына жүктеме сипатының артуы мен өзгеруі Ресей азаматтарының, соның ішінде жастардың денсаулығына теріс өзгерістер әкеледі. Өз денсаулығын сақтау-әр адамның тікелей міндеті. Жастардың салауатты өмір салтын ұстануға бағдарлануы көптеген жағдайларға байланысты. Бұл өмірдің негізгі салаларында (оқу, еңбек, отбасылық-тұрмыстық, бос уақыт) салауатты өмір салтын жүргізуге, жүзеге асыруға мүмкіндік беретін объективті әлеуметтік, әлеуметтік-экономикалық жағдайлар және жастардың саналы белсенділігін осы өмір салтына бағыттайтын құндылық қатынастар жүйесі[10].

Салауатты өмір салты-бұл адамның денсаулығы үшін қоршаған өмір сүру жағдайларын қалай жүзеге асыратынын көрсететін көрсеткіш. Салауатты өмір салтының компоненттері: жеткілікті қозғалыс белсенділігі; қатаю; ұтымды тамақтану; күн тәртібін сақтау; жеке гигиена; жаман әдеттерден бас тарту[11].

Жастардың деградация процесіне әсер ететін келесі негізгі факторларды ажыратуға болады:

- рухани тәрбиенің, адамгершілік құндылықтардың және қоғам идеологиясының болмауы;

- денсаулыққа зиянды азғырулардың болуы;

- қалыпты өмір сүру үшін экологиялық жағдайдың төмен деңгейі;

- оң және теріс әсері бар қоғамды компьютерлендіру;

- заңнама тарапынан жастардың өмірін бақылаудың жеткіліксіздігі.

Өкінішке орай, көптеген адамдар клиникалық емдеу процесінде немесе аурудан кейін оңалту кезінде дене шынықтырумен айналыса бастайды. Күнделікті медициналық орталықтар бірқатар патологияларды диагностикалайды, оларды әлі де дене шынықтырумен емдеуге болады[12].

СӨС қалыптастыру бағдарламалары туралы мәселе, бір қарағанда, өте қарапайым болып көрінеді. СӨС-ке қойылатын талаптар жиынтығы айқын: темекі шегуден бас тарту, алкоголь мен есірткіні тұтынудан бас тарту, спортпен шұғылдану, теңдестірілген тамақтану, оның ішінде майлы тағамның үлесін азайту, толық ұйқы, таза ауа және т.б[13]. Шын мәнінде, СӨС қалыптастыруға бағытталған қызмет бірнеше байланысты салаларға таралған:

- насихаттау және түсіндіру жұмыстары: есірткіге қарсы, Темекіге қарсы және жаман әдеттерге қарсы басқа да науқандар;

- заңнамалық шектеулер-темекі және алкоголь өнімдерін жарнамалауға шектеулер мен тыйым салу;

- тамақ өнімдерін өндірушілерге тұтынушыларды олардың құрамы мен калориялары туралы ақпараттандыру бойынша талаптар;

- алдын алу және диспансерлеу бағдарламалары;

- дене шынықтыру, спорттық және сауықтыру іс-шараларын дамыту[14,15].

**Қорытынды.** Орындалған жұмыс негізінде келесі қорытындылар жасауға болады: Жас ұрпақтың салауатты өмір салты туралы түсінігі олардың нақты мінез-құлқына қайшы келеді. Жастардың көпшілігі өздерінің қабілеттері мен мүмкіндіктеріне үміттенеді және денсаулықты өмірлік перспективалармен байланыстырмайды. Сондықтан бұл жұмыс арқылы қойылған мақсаттарға сәйкес, жасөспірімдер мен жастардың салауатты өмір салтына деген

кажеттіліктерін қалыптастыруға, өз денсаулығын сақтауға және дамытуға арналған. Салауатты өмір салты-денсаулықты қалпына келтіруге, сақтауға және жақсартуға мүмкіндік беретін жалғыз мүмкін өмір салты. Бұл өмір салтын қалыптастыру-бұл жалпы мемлекет үшін де, әр адам үшін де маңызды әлеуметтік міндет.

**Әдебиеттер тізімі:**

56. Тіршілік қауіпсіздігі негіздері: жалпы білім беретін мекемелердің 10-сынып оқушыларына арналған оқулық./А. Т. Смирнов, В. А. Мишин/, М: Ағарту, 2015.
57. Павлов В. И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи //Ученые записки университета им. ПФ Лесгафта. – 2011. – Т. 73. – №. 3. – С. 154-158.
58. Завьялов А. Е. Проблемы формирования здорового образа жизни в среде молодежи //Системная психология и социология. – 2015. – №. 1 (13). – С. 104-110.
59. Свечкарев В.Г., Иващенко Т. А., Двойникова Е. С. Салауатты өмір салты. – 2018.
60. Яковлева Т. В., Иванова А. А., Терлецкая Р. Н. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодёжи //Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – №. 5. – С. 792-795.
61. Аникеев Д. М. Проблемы формирования здорового образа жизни студенческой молодежи //Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. – 2009. – №. 2. – С. 6-9.
62. Кажанова К. Ю., Мишарин С. О., Чиглинцев В. М. Здоровый образ жизни современной молодежи //XX Всероссийская студенческая научно-практическая конференция Нижневартковского государственного университета. – 2018. – С. 286-289.
63. Соколова С. Б., Кучма В. Р. Формирование здорового образа жизни российских школьников //Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. – №. 3. – С. 27-33.
64. Жираткова Ж. В., Петрова Т. Э., Леонтьева А. В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи (социологический анализ) //Регионология. – 2018. – №. 4 (105). – С. 784-797.
65. Баканова А. Ф. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи //Физическое воспитание студентов. – 2011. – №. 6. – С. 8-11.
66. Засимова Л. С., Колосницына М. Г. Формирование здорового образа жизни у российской молодежи: возможности и ограничения государственной политики (по

материалам выборочных исследований) //Вопросы государственного и муниципального управления. – 2011. – №. 4. – С. 116-129.

67. Засимова Л. С., Колосницына М. Г. Формирование здорового образа жизни у российской молодежи: возможности и ограничения государственной политики (по материалам выборочных исследований) //Вопросы государственного и муниципального управления. – 2011. – №. 4. – С. 116-129.

68. Антоненко М. Н., Соловьева Р. О. Формирование здорового образа жизни у студентов //Физическая культура. спорт. туризм. двигательная рекреация. – 2019. – Т. 4. – №. 1. – С. 30-34.

69. Баль Л. В., Михайлов А. Н., Гундаров И. А. О мотивациях подростков к формированию здорового образа жизни //Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93. – №. 4. – С. 70-72.

70. Михайлова С. В. Роль государства в формировании у молодежи здорового образа жизни //Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – №. 7-4 (38). – С. 92-94.

ӘОЖ 618.15-002:582.282.23.

**Әділбек З., Жолымбекова Л.Д. <sup>1</sup>, Тулекеева А.О. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>АҚ «ОҚМА», Шымкент қ, Қазақстан

<sup>2</sup> Шымкент медициналық колледжі, Шымкент қ., Қазақстан

## **ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ВУЛЬОВОАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

### ***Аннотация***

*Әйелдердің дәрігерге қаралуының ең жиі себептерінің бірі – ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар тудыратын жыныс мүшелерінің зақымдануы - вульвовагинальды кандидоз. Қазіргі уақытта жыныстық қатынаспен өмір сүретін 30 жасқа дейін әйелдердің жартысынан көбіне кем дегенде бір рет «қынаптық кандидоз» диагнозы қойылған болады. Шетелдік зерттеулерге сәйкес, ұрпақты болу жасындағы әйелдердің 2/3-і осы аурудың бір эпизодын, ал 50%-ы қайталанатын эпизодты бастан кешірген.*

***Кілтті сөздер:*** кандидоз, вагинальды, әйел, қоздырғыштар

**Адилбек З., Жолымбекова Л. Д. <sup>1</sup>, Тулекеева А. О. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup>Шымкентский медицинский колледж, г. Шымкент, Қазақстан



## ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН

### **Аннотация**

*Расширение числа больных вульвовагинальным кандидозом требует тщательного изучения данного вопроса, своевременной и правильной диагностики и проведения рациональной этиотропной терапии. Это одна из урогенитальных инфекций. Распространенность женщин репродуктивного возраста составляет 25-40%. Вульвовагинальный кандидоз уступает только бактериальному вагинозу. Более 2/3 женского населения планеты испытали это один раз в жизни. Чаще всего встречается рецидивирующий вагинальный кандидоз. В настоящее время во многих странах мира, в том числе в Казахстане, наблюдается рост вагинальных инфекций, занимающих лидирующие позиции в структуре акушерской и гинекологической заболеваемости.*

**Ключевые слова:** кандидоз, вагинальный, женский, возбудители

**Adilbek Z., Zholymbekova L. D<sup>1</sup>., Tulekeeva A. O. <sup>2</sup>**

Scientific supervisor-candidate of Medical Sciences,

<sup>1</sup>JSC «SKMA», Shymkent city

<sup>2</sup> Shymkent Medical College, Shymkent

## FEATURES OF VULVOVAGINAL CANDIDIASIS IN WOMEN

### **Annotation**

*The expansion of the number of patients with vulvovaginal candidiasis requires a thorough study of this issue, timely and correct diagnosis, and rational etiotropic therapy. This is one of the most common urogenital infections. The prevalence of women of reproductive age is 25-40%. Vulvovaginal candidiasis is second only to bacterial vaginosis. More than 2/3 of the female population of the planet has experienced it once in a lifetime. Most often, recurrent vaginal candidiasis occurs. Currently, in many countries of the world, including Kazakhstan, there is an increase in vaginal infections, which occupy a leading position in the structure of obstetric and gynecological morbidity.*

**Key words:** candidiasis, vaginal, female, pathogens

**Кіріспе.** Соңғы 20 жыл ішінде кандидоз вульвовагинитінің жиілігі айқын өсу үрдісіне ие. Қазіргі уақытта таралу жиілігі бойынша кандидозды вульвовагинит бактериялық вагиноздан кейін екінші орында тұр[1]. Вульва мен қынаптың инфекциялық зақымдануының

15-40% - ы саңырауқұлақ инфекциясына байланысты. Әйелдердің шамамен 75% - ы өмір бойы кем дегенде бір рет осы аурумен ауырады. Әйелдердің 40-50% - ы женщин вульвовагинит қайталанатын, ал 5-8% - ы хроническ ауру созылмалы түрге ауысады. Мақалада этиология, патогенез, эпидемиология, осы патологияның жіктелуі туралы заманауи мәліметтер келтірілген. Диагностикаға, кандидозды вульвовагинит клиникасына көзқарастар көрсетілген[2]. Кандидозды вульвовагинит пен бактериялық вагиноздың аралас түрінің болуы анықталды. Емдеу кандидозды вульвовагинитті емдеуде имидазол туындысы ретінде Клотримазол препаратын қолдануға ерекше назар аударады. Клотримазол дерматофиттерге, ашытқы тәрізді, зеңге және қарапайымдыларға қарсы тиімді екендігі атап өтілді[3]. Жүкті әйелдерде бұл ауру 30-40% жағдайда кездеседі, босанғанға дейін бұл көрсеткіш 45-50% дейін жетуі мүмкін [4]. Еуропалық және американдық дәрігерлердің саңырауқұлақ ауруларын зерттеуге деген қызығушылығы - соңғы жылдары олардың жиілігінің едәуір артуына байланысты. Бұл медициналық ғылымның жаңа жетістіктерін тәжірибеге енгізу аясында, микоздардың даму қаупі факторларының күрт өсуіне, сондай-ақ қоршаған ортаның өзгеруіне байланысты. Мұның басты себептерінің бірі - экологиялық жағдайдың нашарлауынан иммунитет тапшылығы жағдайларының көбеюі, дұрыс тамақтанбау, жиі стресс, дәрі-дәрмектерді, ең алдымен бактерияға қарсы препараттар мен гормональды контрацептивтерді бақылаусыз қолданудан болған кері әсерлерболып табылады.[5].

**Вульвовагинальды кандидоздың этиологиясы.** Вульвовагинальды кандидоздың ең көп таралған қоздырғышы – *Candida* тұқымдасынан: *C. albicans* (пациенттердің 85-90% - ында), *C. pseudotropicalis* (3-5%), *C. glabrata* (5-10%), *C. krusei* (1-3%), *C. parapsilosis* (3-5%) және т. б. Сонымен қатар, басқа да саңырауқұлақ түрлерінен туындаған микоздардың жиілігі артуда: *Torulopsis glabrata*, *Saccharomyces cerevisiae* және басқалар. Саңырауқұлақтар көбінесе қынапты, вульваны, перианальды аймақтың терісін және уретраны зақымдайды. Ауру - урогенитальды кандидоз вульвовагинит немесе вульва дерматитінің түріне сәйкес жүреді [6].

Кандида тасымалдаушылық - науқастың шағымдары болмаған кезде жасырын формаларын анықтау, бұл сау әйелдерде саңырауқұлақтардың болуына байланысты жалпыға бірдей танылған патология емес. Алайда, аурудың бұл түрі жүктілік кезінде ерекше маңызға ие, өйткені ол ұрықтың интранатальды инфицирленуін жоққа шығармайды. Кандидоздың дамуында келесі кезеңдер ажыратылады: саңырауқұлақтардың колонизациялануымен шырышты қабықтың бетіне жабысуы (адгезиясы), эпителийге енуі(инвазиясы), шырышты қабықтың эпителиальды тосқауылынан өтуі, өз пластинкасының дәнекер тініне жетіп, тіндік және жасушалық қорғаныс механизмдерін жеңуі, тамырларға енуі, әртүрлі органдар мен

жүйелердің зақымдануымен гематогендік диссеминация. [7]. Әйелдің жыныс жолдарының зақымдануымен аурудың ең қолайлы атауы вульвовагинальды кандидоз немесе кандидозды вульвовагинит болып саналады, өйткені вульваның зақымдануы әдетте клиникалық көріністің негізгі бөлігін анықтайды. Вагинит пен вульвиттен басқа, кандидозды цервицит, кольпит, уретрит, бартолинит және т. б. локализацияларды анықтауға болады.

Кандидоз инфекциясы сирек жағдайда қынаптың микроценозының бұзылуымен байланысты пайда болады. Вагинальды микроценоздың жағдайына байланысты қынаптың Candida - инфекциясының 3 түрі бар: симптомсыз кандидотасымалдаушылық, шынайы кандидоз және вульвовагинальды кандидозбен бактериялық вагиноздың тіркесімі [7]. Ауру барысында жедел (жаңа немесе спорадикалық) және созылмалы формалары кездеседі. Жедел формасы 2 айдан аспайды. Вульвовагинальды кандидоз әдетте қайталанулармен сипатталады. Алайда, қайталанатын вульвовагинальды кандидоз аурудың созылмалы түрінің ерекше нұсқасы ретінде қарастырылады [8]. Бұл жағдайда қайталану симптомдардың қайта пайда болуын ғана емес, сонымен қатар олардың жиі пайда болуын (1 жыл ішінде 4 немесе одан да көп эпизодтар) түсінеді, белгісіз кезеңдермен ауысып, қынапта Candida spp. анықталуы мүмкін, (немесе емдеу курсынан кейін жақын арада анықталмайды). Созылмалы түрдегі ағымның тағы бір ауыр нұсқасы - тұрақты немесе персистирлеуші вульвовагинальды кандидоз. Онда аурудың белгілері үнемі белгілі бір дәрежеде сақталады, әдетте емдеуден кейін басылады. Вульвовагинальды кандидоз клиникалық көрінісі әдетте келесі белгілермен сипатталады:

- \* жыныс жолдарынан мол немесе орташа сүзбе тәрізді бөлінділер;
- \* сыртқы жыныс аймағында қышу, ашу, тітіркену сезімдері;
- \* ұйқы кезінде, су процедуралары мен жыныстық қатынастан кейін қышу сезімінің жоғарылауы;
- \* жыныстық қатынастан кейін күшейетін жағымсыз иіс.

Вагинальды кандидоздың негізгі ерекшеліктерінің бірі - оның бактериялық шартты-патогенді флорамен жиі үйлесуі болып табылады, ол жоғары ферментативті және литикалық белсенділікке ие, бұл тіндерге саңырауқұлақтардың енуіне қолайлы жағдай жасайды. Вульвовагинальды кандидоз диагнозы – анамнездегі деректерді, шағымдарды, клиникалық көріністерді және зертханалық нәтижелерді бағалау арқылы жүзеге асырылады. Экспресс-әдістерден басқа (жергілікті препараттардың жарық микроскопиясы, аккрединоранжмен боялған Грам жағындыларының микроскопиясы, люминесцентті микроскопия), селективті ортасы бар культуралық әдістер (Сабуро) және иммунофлуоресцентті әдістер қолданылады.

Кандидоз инфекциясына күдіктену үшін жоғарыда аталған клиникалық белгілер, қабынудың жергілікті белгілері және жағындыларда спора немесе мицелийдің болуы қажет.

**Диагностика.** Вагинальды кандидозды диагностикалау шағымдарды жинаудан басталады. Гинеколог науқасты не мазалайтынын, нақты проблемалар қашан және қандай жағдайда пайда болғанын, сондай-ақ оларды жою үшін қандай шаралар қолданылғанын және қандай әсер ететінін түсіндіреді. Анамнезге назар аударылады: өткен аурулар (урогенитальды трактінің қабынуы, ЖЖБИ ерекше маңызды), жүктілік пен босану саны, жыныстық серіктестер саны және т. б.

Диагностиканың келесі кезеңі-гинекологиялық креслолардағы тексеру, оның барысында дәрігер вульвовагинальды кандидоз тән өзгерістерді анықтайды: ісіну, қызару, бөлінділер және дақтар. Матаға Луголь ерітіндісін қолданған кезде оларда жармаға ұқсайтын ақ нүктелер пайда болады, бұл аурудың тән белгісі. Диагнозды растау үшін дәрігер тағайындайды:

қынаптан жағындылардың микроскопиясы (бұл процесте споралар мен саңырауқұлақ жасушалары анықталады); қынаптық бөлінетін сұйықтықтан пасев;

Қоздырғыштың антигендерін анықтау үшін бөлінетін ПЦР және ИФА; қан анализі: жалпы (қабыну процесінің белгілері анықталады).

Қажет болған жағдайда (мысалы, аурудың қайталанатын ағымында) қауіп факторларын анықтау үшін тесттер жүргізіледі: қан глюкозасының жоғарылауы, иммун тапшылығы және т. б.

Вульвовагинальды кандидоздың диагностикалық критерийлері:

қынаптың рН 4,0-4,5;

иістің болмауы (айнадағы және аминотестте иіс сынағында);

ылғалды препараттарда ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар немесе псевдогифтердің анықталуы (оң нәтиже 40-60%);

Грам жағындысында ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар немесе псевдогифтердің анықталуы (оң нәтиже 65% дейін);

материалды культуралық зерттеу кезінде ашытқы тәрізді саңырауқұлақтардың анықталуы (егер вульва тарапынан симптомдар басым болса, онда материалды осы аймақта тампонмен алу керек).

Урогенитальды кандидозды диагностикалаудың негізгі әдістері [9]:

Жергілікті және Граммен боялған препараттарда вагинальды бөлінетін жағындылардың микроскопиясы. Бұл әдіс саңырауқұлақ және оның мицелийінің немесе спораларының бар

жоғын анықтауға мүмкіндік береді; ассоциант микробтардың бар жоғын анықтау; облигатты – анаэробты немесе лактобактерияларға жататынын анықтаймыз.

Культуралық әдіс - Сабуро өсіру ортасына материал себу. Бұл әдіс саңырауқұлақтардың тұқымдастары мен түрлерін, олардың антифунгальды препараттарға сезімталдығын, колонизация дәрежесін, ілеспелі бактериялық флораның бар жоғын анықтауға мүмкіндік береді.

ПЦР әдісі зерттелетін материалда патогендердің жалғыз ДНҚ молекулаларын анықтауға негізделген. Бұл инфекцияны диагностикалаудың ең сезімтал әдісі, әдеттегі жағындыда көрінбейтін және қоректік ортада нашар өсетін патогендерді табуға ең тиімді әдіс. Алайда, кандидозды диагностикалау үшін ПЦР әдісін қолдану - негізсіз сән-салтанат (әдіс қымбат және уақытты қажет етеді). Сондықтан емдеу қажеттілігінің негізгі критерийі – бактериоскопия немесе культуралық әдіс нәтижелерімен расталған нақты шағымдар болып табылады. Зерттеулер емдеуге дейін және қынаптың микробиоценозын қалпына келтіруден 7-10 күн өткен соң жүргізіледі. Кандидоз жыныстық жолмен берілетін классикалық аурулардың қатарына жатпайды, бұл иммунитеттің төмендеуінен болатын ішкі жағдай. Сондықтан, ұзақ мерзімге созылатын, қайталанатын, нашар емделетін кандидоз кезінде ағзадағы патологияны іздеу керек, ол иммунитет тапшылығын тудыруы мүмкін, ал иммунитет тапшылығы әсіресе кандидозбен көрінеді. Жоғарыда айтылғандар кандидоз - ағзадағы дисфункцияның белгісі екенін көрсетеді және саңырауқұлаққа қарсы препараттармен арнайы емдеуден басқа, ол толық тексеруді және иммунтапшылығының негізгі себебін жоюды қажет етеді. Урогенитальды кандидоз терапиясы вульвовагиниттің клиникалық белгілері болған кезде және микроскопия немесе культуралық зерттеу кезінде Candida анықталған кезде ғана жүзеге асырылады. Симптомсыз тасымалдаушылар емдеуді қажет етпейді. Вульвовагинальды кандидоз этиологиясы, эпидемиологиясы және патогенезі туралы жаңа мәліметтер соңғы онжылдықтарда қалыптасқан терапия тәсілдеріне өзгерістер енгізді. Сонымен, олардың кейбіреулері қазір негізсіз деп танылды. Тәжірибеге сүйенсек, көбінесе Candida тектес саңырауқұлақтар мен шырышты қабаттардың жанасуы транзиторлы кандидо тасымалдаушылықты туындатады және ол антифунгальды терапияны қажет етпейді. Алайда, макроорганизмге төзімділік жүйесіндегі өзгерістер саңырауқұлақтардың қарқынды өсуін және шырышты қабаттардың тұрақты колонизациясын тудыруы мүмкін [10]. Кандидозды емдеуге арналған препараттар жүйелік және жергілікті болып бөлінеді. Жүйелік-бұл ішке қабылданатын, ең алдымен ішекте әрекет ететін, содан кейін қанға сіңіп, дененің барлық мүшелері мен тіндеріне таралатын таблеткалар. Жүктіліктен тыс уақытта бұл дәрі-дәрмектер жергілікті препараттармен салыстырғанда негізгі және қолайлы, өйткені

саңырауқұлақтардың негізгі ошағы ішекте орналасқан және оларды ең алдымен жою керек. Сонымен қатар, тіпті қынапта да саңырауқұлақтар қабырғалардың қалыңдығында өмір сүреді, ал жергілікті препараттар тек қана бетінде әрекет етеді, кандидоздың көріністерін азайтады, бірақ оның қоздырғышын толығымен өлтірмейді – жүйелік түрінен айырмашылығы қан арқылы барлық жасушаларға әсер етеді. Жергілікті емдеу суппозиторийлерді, вагинальды таблеткаларды және кремдерді қамтиды. Ол жүйелік түрімен үйлестірілуі мүмкін, ал жүктілік кезінде кейбір жағдайларда таңдау ұсынылады. Урогенитальды кандидозды емдеудің көптеген препараттары мен схемалары бар. Дегенмен, барлық талаптарға сай келетін және жүз пайыздық тиімділікке ие оңтайлы препарат жоқ. Салыстырмалы зерттеулердің нәтижелері бойынша жергілікті әсер ететін антимикотиктермен емдеу аурудың қайталануын азайтуға ықпал етпейді, өйткені ішекте реинфекция көзінің мүмкіндігі жоққа шығарылмайды. Көптеген пациенттер жергілікті терапияны жағымсыз процедура деп санайды және емдеуді мерзімінен бұрын тоқтатады. Алайда, көптеген пациенттер вульвовагинальды кандидозды интравагинальды емдеу әдісінің пероральды түрін таңдаған.[10]

#### **Болжам және алдын алу**

Вагинальды кандидозды толығымен емдеу үшін дәрігерге уақтылы бару керек және оның барлық ұсыныстарын орындау қажет. Саңырауқұлаққа қарсы препараттар дәріханаларда рецептсіз сатылады, бірақ бұл жағдайда Әуесқойлық тек тиімсіз ғана емес, сонымен қатар қауіпті. Қажетті құралдарды тек маман ғана тандай алады, оларды қабылдау ерекшеліктерін анықтай алады, сонымен қатар дәрі-дәрмектердің әсерін бақылай алады. Вагинальды кандидозды емдеуден гөрі оның алдын алу әлдеқайда оңай екенін түсіну маңызды. Аурудың даму қаупін азайту үшін келесі ережелерді сақтау қажет:

Мақта іш киімге артықшылық беріңіз;

күнделікті жастықшаларды қолданудан шығыңыз;

жыныс жолдарының гигиенасы үшін арнайы құралдарды қолданыңыз;

дәрігердің тағайындауынсыз жууды қолдануға болмайды;

ағзаның жай-күйін бақылау, несеп-жыныс және ас қорыту жүйелерінің, ішкі секреция бездерінің патологияларын уақтылы емдеу;

кездейсоқ жыныстық қатынас пен жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу;

дәрігердің тағайындауынсыз антибиотиктерді қолданбаңыз және оларды қабылдау дозасы мен режимін өз бетіңізше өзгертпеңіз;

ұзақ антибиотикалық терапия қажет болса, саңырауқұлаққа қарсы препараттарды қабылдау.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз-современные пути решения проблемы //Трудный пациент. – 2006. – Т. 4. – №. 9. – С. 33-36.
2. Байрамова Г. Р. и др. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты в практике акушера-гинеколога //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2017. – №. 4 (18). – С. 63-69.
3. Попова А. Л., Дворянский С. А., Яговкина Н. В. Современные аспекты лечения и профилактики вульвовагинального кандидоза (обзор литературы) //Вятский медицинский вестник. – 2013. – №. 4. – С. 31-36
4. Серов В. Н. Проблема вульвовагинального кандидоза в гинекологической практике //РМЖ. – 2014. – Т. 22. – №. 6. – С. 418-422.
5. Карапетян Т. Э., Насхлеташвили И. В., Тютюнник В. Л. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему //РМЖ. Мать и дитя. – 2011. – Т. 19. – №. 1. – С. 64-67.
6. Прилепская В. Н. Вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и лечения (в помощь практикующему врачу) //Фарматека. – 2010. – №. 14. – С. 54-59.
7. Соловьева А. В. и др. Вульвовагинальный кандидоз: как избежать рецидивов //Клиническая лекция. Радзинский ВЕ, ред. М.: Редакция журнала StatusPraesens. – 2013.
8. Кузьмин В. Н. Вульвовагинальный кандидоз: от традиционных представлений к современным тенденциям //Гинекология. – 2011. – Т. 13. – №. 3. – С. 50-4.
9. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты //Гинекология. – 2011. – Т. 13. – №. 4. – С. 47-49.
10. АБАКАРОВА П. Р. и др. Современные возможности эффективного лечения вульвовагинального кандидоза //Акушерство и гинекология. – 2012. – №. 7. – С. 84-86

ӘОЖ 614.2:618.1 + 616.64]-053.6-084.

**Мұсабек А., Джубанишбаева Т.Н.**

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

**ЖАСТАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫ: МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН  
ШЕШІМДЕРІ**

**Аннотация**

*Жасөспірімдер мен жастардың репродуктивті денсаулығын сақтау үлкен әлеуметтік маңызға ие. Бүгінгі балалар мен жасөспірімдердің ұрпақты болу денсаулығының жағдайы кейінгі 10-15 жылдағы демографиялық процестерге тікелей әсер етеді. Демографиялық жағдайдың кейіннен қалай дамитыны көбінесе отбасылық-некелік қатынастар, жыныстық мінез-құлық, сондай-ақ қазіргі жасөспірімдердің репродуктивті көзқарастары туралы түсініктерге байланысты. Жастар денсаулығының нашарлауының жоғары деңгейімен сипатталатын қазіргі жағдайда репродуктивті денсаулықты сақтау проблемалары ерекше маңызға ие. Жастардың репродуктивті денсаулығын қалыптастыруға бағытталған профилактикалық шаралар кешені денсаулық сақтаудың маңызды міндеті болып табылады.*

**Кілт сөздер:** жасөспірімдер, жыныстық тәрбие, репродуктивті денсаулық, отбасы, демография

**Мусабек А., Джубанишбаева Т. Н.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,

Шымкент, Казахстан

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ**

### **Аннотация**

*Сохранение репродуктивного здоровья подростков и молодежи имеет большое социальное значение. Состояние репродуктивного здоровья детей и подростков сегодня напрямую влияет на демографические процессы в последующие 10-15 лет. То, как впоследствии развивается демографическая ситуация, во многом зависит от представлений о семейно-родственных отношениях, сексуальном поведении, а также репродуктивных взглядах современных подростков. В современных условиях, характеризующихся высокой степенью ухудшения здоровья молодежи, особое значение имеют проблемы сохранения репродуктивного здоровья. Важнейшей задачей здравоохранения является комплекс профилактических мер, направленных на формирование репродуктивного здоровья молодежи.*

**Ключевые слова:** подростки, половое воспитание, репродуктивное здоровье, семья, демография

**Musabek A., Dzhubanishbaeva T. N.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan



**REPRODUCTIVE HEALTH OF YOUNG PEOPLE: PROBLEMS AND SOLUTIONS****Annotation**

*The protection of the reproductive health of adolescents and young people is of great social importance. The state of reproductive health of children and adolescents today has a direct impact on demographic processes in the next 10-15 years. How the demographic situation will subsequently develop largely depends on the concepts of family-marital relations, sexual behavior, as well as the reproductive attitudes of modern adolescents. In modern conditions, characterized by a high level of deterioration in youth health, the problems of maintaining reproductive health are of particular importance. An important task of health care is a set of preventive measures aimed at the formation of reproductive health of young people.*

**Key words:** *adolescents, sex education, reproductive health, family, demographics*

**Кіріспе.** Жастардың репродуктивті денсаулығын сақтау қазіргі қоғамның негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Халықтың маңызды әлеуметтік-демографиялық тобы болып табылатын жас отбасы ерекше назар аударады. Салауатты өмір салтын қалыптастыру жастық ортада тәуелділікті болдырмайтын оңтайлы дағдылар, қабілеттер мен өмірлік стереотиптер жиынтығын бекітуден көрінуі керек [1]. Репродуктивті денсаулықтың ішінде репродуктивті жүйе ауруларының болмауы, оның функцияларының немесе ондағы процестердің бұзылуын ғана емес, сонымен қатар толық физикалық және әлеуметтік салауаттылық жағдайын да қарастырады. Бұл қанағаттанарлық және қауіпсіз жыныстық өмірдің мүмкіндігін, ұрпақты болу (бала туу) және отбасын жоспарлау мәселелерін өз бетінше шешу мүмкіндігін білдіреді [2]. Халықтың аурушаңдығы мен жалпы өлімінің жоғары деңгейімен, бала туудың төмендеуімен және балалар денсаулығының нашарлауымен сипатталатын қазіргі жағдайда халықтың репродуктивті денсаулығын қорғау проблемалары ерекше маңызға ие. Отбасын жоспарлау-оңтайлы гуманитарлық дамуға ықпал ететін отбасылық және әлеуметтік аспектісі бар денсаулық сақтаудың алдын алу шараларының бірі. Отбасын жоспарлау бағдарламасында алғашқы медициналық-санитарлық көмектің кең контекстіне баса назар аудару керек, білім беру органдарымен, заң және заң шығарушы органдармен және бұқаралық ақпарат құралдарымен тығыз жұмыс істеу керек [3]. Отбасын жоспарлау қызметтері жан-жақты және қол жетімді ақпарат беруі керек, әр адамға жыныстық білім мен отбасын жоспарлау қызметтеріне кепілдік беруі керек. Тек білімді адамдар ғана жауапкершілік сезімімен және өз қажеттіліктерін, сондай-ақ отбасы мен қоғамның қажеттіліктерін ескере отырып әрекет ете алады және әрекет етеді [4].

**Жұмыстың мақсаты.** Қазақстан Республикасының жасөспірімдері мен жастарының репродуктивті денсаулығының проблемалары мен профилактикалық іс-шараларын үйрену

**Материалдар мен әдістер.** Жастардың репродуктивті денсаулығы мәселелерін теориялық талдау жасадық.

**Нәтиже.** Жастардың репродуктивті мінез-құлқының қалыптасуы көбінесе мыналарға байланысты: олар өмір сүретін әлеуметтік ортаға; отбасындағы, құрдастарымен және басқа ортамен қарым-қатынасы; урбанизация процестерін күшейту; қоғамның дәстүрлі негіздерін жоғалту; байланыс құралдарын, оның ішінде Интернетті пайдалану; туризм және басқа елдердегі құрдастарымен қарым-қатынас мүмкіндіктерін арттыру; соматикалық аурулардың және ұрпақты болу жүйесінің ауруларының болуы; экологиялық, әлеуметтік, экономикалық, мәдени факторлар [5]. Мұның бәрі жастардың мінез-құлқындағы жағымды және жағымсыз құбылыстардың тез таралуына ықпал етеді. Жастар мен жасөспірімдер өздерінің жас ерекшеліктеріне байланысты олардың репродуктивті денсаулығына әсер ететін жаман әдеттердің салдарын жеткілікті түрде ескермейді [6]. Ішімдік ішу мен маскүнемдік елдегі әлеуметтік-демографиялық жағдайды қиындатады, халық санына және оның психикалық және физикалық мүмкіндіктеріне әсер етеді, әлеуметтік пайдалы белсенділікті төмендетеді. Алкогольді теріс пайдалану туу деңгейінің төмендеуіне және туа біткен физикалық және психикалық ауытқулары бар балалар санының көбеюіне әкеледі [7]. Біздің уақытымызда жүктілік пен алкогольдік немесе есірткілік стимуляторларды қолданудың үйлесімсіздігі біржақты және сенімді түрде дәлелденді: түсік түсіру, бедеулік қаупі артады, ауру немесе ақаулы ұрпақтың туу ықтималдығы артады. Ерте кезеңдерде никотин, алкоголь және есірткінің нәтижесі ұрықтанған жұмыртқа мен эмбрионның өлімі, ұрықтың өсуі мен дамуының тежелуі, ұрықтың мүшелері мен жүйелерінің қалыптасуының бұзылуы, өздігінен түсік түсіру, өлі туылу болып табылады [8]. Жасөспірімдер мен жастар арасындағы күрделі мәселелердің бірі – венерологиялық ауруларға, ұрпақты болу жүйесінің қабыну ауруларына, кейіннен бедеулікке әкелетін ерте жыныстық қатынас. Жасөспірімдерде жыныстық жақындық әдетте қолайсыз жағдайларда және қауіпсіз жыныстық қатынас туралы қарапайым білім болмаған кезде пайда болатынын ұмытпау керек [7]. Жасөспірім мен жас кезіндегі жүктіліктің үзілуі жыныстық және репродуктивті денсаулықты сақтаудың ең өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Жастар денсаулығының нашарлауының жоғары деңгейімен сипатталатын қазіргі жағдайда репродуктивті денсаулықты сақтау проблемалары ерекше маңызға ие. Жастардың репродуктивті денсаулығын қалыптастыруға бағытталған профилактикалық шаралар кешені денсаулық сақтаудың маңызды міндеті болып табылады. Жастардың репродуктивті денсаулығын сақтау қазіргі қоғамның негізгі міндеттері.

Халықтың маңызды әлеуметтік - демографиялық тобы болып табылатын жас отбасы ерекше назар аударады[10]. Салауатты өмір салтын қалыптастыру жастар ортасында нашақорлықты болдырмайтын оңтайлы дағдылар, Дағдылар мен өмір стереотиптерінің кешенін бекітуде көрініс табуы керек. Репродуктивті денсаулық дегеніміз-репродуктивті жүйенің ауруларының болмауы, оның функцияларының және/немесе ондағы процестердің бұзылуы ғана емес, сонымен бірге толық физикалық және әлеуметтік әл-ауқат жағдайы. Бұл мүмкіндікті білдіреді.Қанағаттанарлық және қауіпсіз жыныстық өмір, отбасын жоспарлау мәселелерін көбейту (балалы болу) және өз бетінше шешу қабілеті болады[11]. Қазіргі уақытта жастардың репродуктивті денсаулығын сақтау мәселесі ерекше өзекті болып отыр. Зерттеулер жастардың денсаулығының нашарлау тенденциясы, атап айтқанда репродуктивті, соңғы жылдары тұрақты сипатқа ие болғанын растайды.Қазіргі жағдайдың негізгі факторлары: жыныстық және репродуктивті денсаулықты қорғау мәселелерінде халықтың хабардарлығының төмендігі болып табылады; балалар мен жасөспірімдердің жыныстық тәрбие жүйесінің болмауы; жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың таралуы, әсіресе жасөспірімдер мен жастар арасында; жасөспірімдердің жүктілігі мен түсік түсіруінің жоғары деңгейі; репродуктивті қорғау процесіне мамандардың жеткіліксіз қатысуы денсаулық және жоспарланған жүктілікке дайындық; фармацевтикалық нарықтың сапалы контрацептивтермен жеткілікті қанықтылығы және олардың жоғары құны;халықтың жыныстық және репродуктивті денсаулық қызметтеріне қажеттіліктерін зерттеу бойынша зерттеулердің болмауы[12].

Жастардың репродуктивті мінез-құлқының қалыптасуы көбіне байланысты: олар өмір сүретін әлеуметтік орта; отбасындағы, құрдастарымен және басқа ересектермен қарым-қатынас; урбанизация процестерінің күшеюі; қоғамның дәстүрлі негіздерінің жоғалуы; байланыс пен коммуникация құралдарын,соның ішінде интернетті пайдалану; туризм мен басқа елдердің құрдастарымен қарым-қатынас жасау мүмкіндіктерінің артуы; соматикалық қатынастардың болуы[13].

Ұрпақты болу жүйесінің аурулары мен аурулары; экологиялық,әлеуметтік, экономикалық, мәдени факторлар. Мұның бәрі жастардың мінез-құлқындағы жағымды және жағымсыз құбылыстардың тез таралуына ықпал етеді. Жастар мен жасөспірімдер өздерінің жас ерекшеліктеріне байланысты олардың репродуктивті денсаулығына әсер ететін жаман әдеттердің салдарын жеткілікті түрде ескермейді[14].

Маскүнемдік пен маскүнемдік елдегі әлеуметтік-демографиялық жағдайды қиындатады, халық санына және оның психикалық және физикалық мүмкіндіктеріне әсер етеді, әлеуметтік пайдалы белсенділікті төмендетеді. Алкогольді теріс пайдалану туу

деңгейінің төмендеуіне және туа біткен физикалық және психикалық ауытқулары бар балалар санының көбеюіне әкеледі. Қазіргі уақытта жүктіліктің және алкогольдік немесе есірткілік стимуляторларды қабылдаудың үйлесімсіздігі айқын және сенімді түрде дәлелденді: жүктілікті тоқтату, бедеулік қаупі артады, науқас немесе жеткіліксіз ұрпақтың туылу ықтималдығы артады. Ерте кезеңдерде никотин, алкоголь және есірткінің нәтижесі ұрықтанған жұмыртқа мен эмбрионның өлімі, ұрықтың өсуі мен дамуының тежелуі, ұрықтың мүшелері мен жүйелерінің қалыптасуының бұзылуы, өздігінен түсік түсіру, өлі туылу болып табылады. Жасөспірімдер мен жастар арасындағы маңызды мәселелердің бірі

жыныстық жолмен берілетін ауруларға, ұрпақты болу жүйесінің қабыну ауруларына, кейінгі бедеулікке әкелетін ерте жыныстық қатынас. Ұмытпау керек жасөспірімдерде жыныстық қатынас әдетте орынсыз жағдайларда және қауіпсіз жыныстық қатынас туралы қарапайым білім болмаған кезде пайда болады. Бұл қыздарда жыныстық салқындықтың, психоэмоционалды күйзелістің және жасөспірімдердің жүктілігінің дамуына әкелуі мүмкін. Соңғы жылдары біздің республикада жасөспірімдердің жүктілік деңгейі екі есеге жуық төмендеді, бірақ бұл жағдай көбінесе толық емес отбасыларда тәрбиелеуге мәжбүр болған балалар үшін де, білімін жалғастыруға немесе алуға мүмкіндігі бар жас аналар үшін де үлкен әлеуметтік проблема болып табылады баланың туылуымен мамандық айтарлықтай өзгереді. Жасөспірім мен жас кезіндегі жүктіліктің үзілуі жыныстық және репродуктивті денсаулықты сақтаудың ең өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Соңғы жылдары жасөспірімдер арасында түсік жасатудың жалпы саны азайды, бірақ түсік жасатудың абсолютті санының төмендеуіне қарамастан, жүктілікті жасанды түрде тоқтату бала тууды реттеудің негізгі әдісі болып қала береді. Жасөспірімдердегі жүктілікті тоқтатудың ерекшелігі-жас қыздар көбінесе ерте кезеңде көмек сұрамайды ауыр зардаптарды болдырмау үшін жұмсақ әдістермен жүктілікті тоқтатуға болатын жүктілік. Жүктілікті тоқтату әрқашан болып табылады әйелдің денсаулығы үшін күрделі операция. Абортпен байланысты асқынулар 62% байқалады. Жасанды түсік жасатудың ең ауыр асқынулары: эктопиялық жүктілік; қан кету; бедеулік; түсік түсіру; жамбас пен тіндердің зақымдануы; жыныс мүшелерінің созылмалы қабыну процестері органдардың дисфункциясы; ұрпақты болу жүйесінің қатерсіз және қатерлі аурулары. Бұл көбінесе ерте жыныстық қатынастың нәтижесі, контрацепция және жеке гигиена туралы хабардар болмау. Сондықтан, жүктілікті тоқтату арқылы әйел өзінің денсаулығына, болашақ анасына және әйел бақытына қауіп төндіретінін әрдайым есте ұстаған жөн. Осыған байланысты өзін — өзі тәрбиелеудің маңызы зор-ерік-жігерді, өз еркіңізді басқара білу әрекеттер. Некеге дейінгі және некеден тыс жыныстық қатынастар адамның мінез-құлқына үйлесімсіздік әкеледі және отбасылық өмірде қиындықтар туғызады.

Жақындықты білетін адам некеге тұрар алдында ол жиі толқуды іздейді және жиі қиындыққа тап болады. Жасөспірімдердің жыныстық жүйесінің физиологиялық дамуы мен қалыптасуын алдын-ала анықтайды толық психологиялық және әлеуметтік жетілу басталғанға дейін шектеулер мен ұстамдылық режимін сақтау қажеттілігі. Жүктілікті тоқтатудың баламасы бұл өмірдің репродуктивті саласын бақылауға, отбасындағы балалардың қажетті санын анықтауға мүмкіндік беретін контрацепция. Контрацепцияның заманауи әдістерін белсенді пайдаланбау себебі: контрацепцияның заманауи әдістері туралы ақпараттың жеткіліксіздігімен; фармацевтикалық препараттардың қанықтылығының жеткіліксіздігімен байланысты. Соңғы буынның сапалы контрацептивтерімен, ең алдымен ауызша контрацептивтермен, сондай-ақ олардың жоғары құнымен нарық. Біздің еліміздегі репродуктивті денсаулықтың маңызды проблемаларының қатарына репродуктивті саланың аурулары, жұқпалы аурулар жатады жыныстық жолмен берілетін, түсік түсіру және бедеулік. Өскелең ұрпақ пен жастардың ұрпақты болу денсаулығына елеулі залал негізінен жыныстық жолмен берілетін инфекциялардан (ЖЖБИ) келтіріледі. Олардың социологиялық маңызы үлкен таралуымен, науқастардың денсаулығына тигізетін зардаптарының ауырлығымен, қоғамға қауіптілігімен, әсерімен анықталады ұрпақтардың көбеюі. Жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулардың өсуіне ықпал ететін негізгі факторларға мыналар жатады: нашақорлықтың таралуы, әсіресе жасөспірімдер мен жастар ортасында; өсу жыныстық агрессияның, оның ішінде балалар мен жасөспірімдерге қатысты; кәмелетке толмағандардың жезөкшелігі; жаңа тәуекел топтарының пайда болуы (мигранттар, үйсіздер, жезөкшелер); бұқаралық ақпарат құралдарында порнографияның таралуы; қоғамның моральдық негіздерінің өзгеруі; некеге дейінгі жыныстық қатынастардың таралуы, әсіресе жастар ортасында; жыныстық тәрбие жүйесінің болмауы. Жыныстық жолмен берілетін ауруларды бақылау мәселелері, олардың өсу себептері, емдеу, осы саладағы ғылыми зерттеулер, алдын алу көптеген халықаралық кездесулер мен конференцияларда талқыланды. Аурудың таралуы атап өтілді жыныстық жолмен, соңғы уақытта денсаулық сақтаудың ең маңызды проблемасына айналды. Аурудың өсуі, қазіргі емдеу әдістеріне қарамастан, бір-бірімен байланысты эпидемиологиялық, микробиологиялық, географиялық, экологиялық және әлеуметтік факторлардың күрделілігін ескере отырып, белсенді профилактикалық шараларсыз медициналық әдістердің тиімсіз екенін көрсетеді [15].

**Қорытынды.** Жасөспірімдер мен жастардың репродуктивті денсаулығын қалыптастырудың осы мәселелерін қорытындылай келе, бұл ұзақ процесс және жеке жыныстық мінез-құлықтың қалыптасуы жасына қарай біртіндеп жүретіндігі туралы нақты есеп беру керек. Осы уақыт ішінде ата-аналардың рөлін, сондай-ақ достардың, қыздардың,

мектептің және жалпы біздің қоғамның рөлін бағаламауға болмайды. Репродуктивті және жыныстық денсаулықты сақтау үшін жасөспірімдерге ақпарат, өмірлік дағдыларды үйрету, жыныстық және репродуктивті денсаулық пен Отбасын жоспарлау қызметтерін ұсынатын қолжетімді және мейірімді медициналық - әлеуметтік қызметтер қажет. Ең алдымен, жасөспірімдерге кешенді профилактикалық көмек қажет олардың мінез-құлқына қатысты жауапты шешімдер қабылдау, сондай-ақ зорлық-зомбылықсыз және өзара құрмет пен гендерлік теңдікке негізделген қарым-қатынастарды құру үшін білім мен дағдыларды беретін жыныстық және репродуктивті денсаулық мәселелері бойынша білім беру керек.

### Әдебиеттер тізімі

1. Савельева И. С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи: перспективы и пути оптимизации : дис. – М. : [Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН], 2004.
2. Герасимова Л. И. и др. Репродуктивное здоровье девушек студенток – как медико-социальная проблема //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 6. – С. 295-295.
3. Евстифеева Е. А., Рассадин С. В., Филиппченкова С. И. Репродуктивное здоровье молодёжи: риски поведения, атрибуция ответственности и качество жизни //Перспективы науки. – 2010. – №. 8. – С. 17-21.
4. Пестрикова Т. Ю. и др. Тенденции репродуктивного поведения молодежи в реалиях современной демографической ситуации //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2019. – Т. 15. – №. 3. – С. 89-98.
5. Пестрикова Т. Ю. и др. Тенденции репродуктивного поведения молодежи в реалиях современной демографической ситуации //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2019. – Т. 15. – №. 3. – С. 89-98.
6. Зайцева М. А., Шаматонова Г. Л. Репродуктивное здоровье студенческой молодежи: состояние и проблемы //Печатается по решению редакционно-издательского совета Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления. – 2016. – С. 126.
7. Городнова Н. Н. Репродуктивное здоровье молодежи Украины //Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2009.
8. Чекушин Р. Х. и др. К вопросу о ситуации с репродуктивным здоровьем молодежи в России //Современные наукоемкие технологии. – 2004. – №. 5. – С. 75-75.

9. Рахматулина М. Р., Шашкова А. А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков //Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №. 4. – С. 30-37.
10. Козачук Л. В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у студентов //Научный альманах. – 2015. – №. 8. – С. 496-498.
11. Жукова Н. П., Шматкова О. Н. Внедрение образовательных программ-перспективное направление в охране репродуктивного здоровья молодежи //Охрана материнства и детства. – 2006. – Т. 2. – №. 8. – С. 133-42.
12. Левшук Л. М. и др. Репродуктивное здоровье молодежи: проблемы и решения. – 2017.
13. Евстифеева Е. А., Филиппченкова С. И., Макаров А. В. Риск-факторы, влияющие на репродуктивное здоровье молодежи //Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2019. – №. 2. – С. 66-72.
14. Алекшеева Л. Ж. и др. Репродуктивное здоровье молодых женщин и девушек-подростков //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – №. 1. – С. 23-26.
15. Аполихин О. И., Москалева Н. Г., Комарова В. А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России //Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – №. 4. – С. 4-14.

ӘОЖ 616.921:613.15:614.72

**Баратбекова М., Бекназарова З.А.**

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

## **АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУҒА ҰШЫРАҒАН КЕЗІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ БАҒАЛАУ**

### ***Аннотация***

*Біздің жұмысымызда иммунологиялық мәртебені зерттеу нәтижелері бойынша адам денсаулығының жай-күйін зерттеу кезінде алынған материалдар талданады. Жаппай гигиеналық зерттеулерде адамның денсаулығын анықтаудың перспективалы әдістерінің бірі оның иммундық жүйесінің күйін бағалау болып табылады, өйткені ол қоршаған ортаның өзгеруіне ең сезімтал, нәзік жауап береді. Атмосфералық ауаның ластануы - бүкіл*

адамзаттың басты мәселесі. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша ластанған ауаның құрамында оның құрамына тән емес ұсақ бөлшектер бар. Көбінесе ластаушы заттар көміртегі оксиді, көмірқышқыл газы, күкірт диоксиді, азот оксидтері, озон, қорғасын, көмірсутектер және т.б. болып табылады.

**Кілт сөздер:** атмосфералық ауа, ластану, адам денсаулығы, иммунитет, иммундық статус.

**Баратбекова М., Бекназарова З. А.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.,  
Шымкент, Казахстан

## **ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА**

### **Аннотация**

В нашей работе по результатам исследования иммунологического статуса анализируются материалы, полученные при изучении состояния здоровья человека. В массовых гигиенических исследованиях одним из многообещающих методов определения здоровья человека является оценка состояния его иммунной системы, поскольку он наиболее чувствителен и деликатно реагирует на изменения окружающей среды. Загрязнение атмосферного воздуха-главная проблема всего человечества. По определению Всемирной организации здравоохранения, загрязненный воздух содержит мелкие частицы, не характерные для его состава. Наиболее частыми загрязнителями являются оксид углерода, диоксид углерода, диоксид серы, оксиды азота, озон, свинец, углеводороды и т. д.

**Ключевые слова:** атмосферный воздух, загрязнение, здоровье человека, иммунитет, иммунный статус.

**Baratbekova M., Beknazarova Z. A.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **ASSESSMENT OF HEALTH UNDER THE INFLUENCE OF ATMOSPHERIC AIR POLLUTION**

### **Annotation**

In our work, based on the results of the study of the immunological status, the materials obtained during the study of human health are analyzed. In mass hygienic studies, one of the



*promising methods for determining human health is to assess the state of his immune system, since he is the most sensitive and sensitive to environmental changes. Atmospheric air pollution is the main problem of all mankind. According to the definition of the World Health Organization, polluted air contains fine particles that are not characteristic of its composition. The most common pollutants are carbon monoxide, carbon dioxide, sulfur dioxide, nitrogen oxides, ozone, lead, hydrocarbons, etc.*

**Key words:** *atmospheric air, pollution, human health, immunity, immune status.*

**Кіріспе:** Қоршаған орта факторларының, атап айтқанда атмосфералық ауадағы зиянды химиялық заттардың адам денсаулығына әсерін бағалау әдістемесі қазіргі уақытта оны жүзеге асырудың жаңа тәсілдерін қажет етеді. Ол әсіресе планетаның климатының күрт өзгеруіне және соның салдарынан атмосфераның сапасына байланысты өзекті болады. Мұндай бағалаудың маңызды сәттерінің бірі санитариялық-гигиеналық мониторингті-халықтың денсаулығы мен тіршілік ету ортасының жай-күйін бақылаудың мемлекеттік жүйесін енгізу, оларды талдау, бағалау және болжау, сондай-ақ халықтың денсаулық жағдайы мен тіршілік ету ортасы факторларының әсері арасындағы себеп-салдарлық байланыстарды көрсету болды [1]. Атмосфералық ауа табиғи ортаның өмірлік маңызды құрамдас бөлігі болып табылады және халықтың денсаулығына әсер ететін қоршаған ортаның басым факторларының бірі болып табылады. Осыған байланысты ауа ортасының сапасын бақылау мәселелері ерекше өзекті болып отыр. Оның ластануының негізгі көздері тұрақты жұмыс істейтін коммуналдық шаруашылық объектілері (Жылу энергетикасы объектілері, жанармай құю станциялары және т.б.), өнеркәсіптік кәсіпорындар, сондай-ақ жыл сайын көлік ағынының артуы болып табылады [2]. Қоршаған ортаның ластануына байланысты бірқатар мәселелерді шешу кезінде гигиенистер мен практикалық санитарлық дәрігерлер халықтың денсаулығына зиянды факторлардың әсерін сипаттайтын көрсеткіштерге шұғыл қажеттілік туғызады. ДДҰ материалдары бойынша адамның атмосфералық ауаның ластануына әсер ету реакцияларының спектрі бес деңгейде көрінуі мүмкін: 1-деңгей — өлім, 2-ші — ауру, 3-ші — аурудың физиологиялық белгілері, 4-ші — физиологиялық және басқа да белгісіз ауысулар, 5-ші — организмде ластанудың жиналуы [3, 4]. Алайда, іс жүзінде санитарлық дәрігерлер санитарлық қадағалау органдарында тиісті зертханалардың болмауына байланысты аурушандық көрсеткіштері олардың талаптары мен ұсыныстарын негіздеу үшін ең мүмкін дәлел болып саналады. Қоршаған ортаның ластануының халықтың денсаулығына созылмалы әсері олардың жағымсыз әсерінің ең ерекше түрі болып табылады [5]. Ластанудың әсерін тәжірибелі және бақылау

популяцияларының көрсеткіштерін салыстыру арқылы анықтауға болады. Әдістемелерге сәйкес топтарды қалыптастыру сыртқы әсерлерге сезімтал және зиянды әдеттері жоқ және өндірістік зияндармен тікелей байланысы жоқ балалар контингенттерінен бірдей іріктемелі жиынтықтарды құрастыру арқылы ұсынылады [5]. Алайда, дамыған кәсіпорындары бар, автомобильдердің қарқынды қозғалысы бар қалаларда атмосфераның ластануының жоғары деңгейі мен олардың бүкіл аумағында немесе оның көп бөлігінде кең таралуын анықтайды, бақылау тобын ажырату өте қиын және көбінесе мүмкін емес.

**Мақсаты:** Атмосфералық ауаның ластануына ұшыраған кезде денсаулықтың иммунологиялық әдістерін бағалауға әдеби шолу жасау

**Әдістер:** Қол жетімді инвазивті емес әдіс иммунитеттің күшін ғана емес, сонымен қатар иммунитетке әсер ететін жеке зиянды заттардың мөлшерін анықтауға мүмкіндік береді. Бұл әдіс сонымен қатар белгілі бір зиянды қоршаған орта факторының аллергиялық сипатына нақты көрсеткіштерді береді. Бұл зиянды заттардың бүкіл кешенінен денсаулыққа ең маңызды химиялық заттар мен қосылыстарды бөліп алуға мүмкіндік береді.

**Нәтижелер:** Ауаның ластануы адам денсаулығына ең үлкен экологиялық қауіптердің бірі болып табылады. Ауаның ластану деңгейін төмендету шаралары арқылы елдер инсульт, жүрек ауруы, өкпе рагы және созылмалы немесе жедел респираторлық аурулар, соның ішінде астма сияқты аурулардың ауыртпалығын азайта алады [6].

2019 жылы әлем халқының 99% - ы ауаның ластану деңгейі ДДҰ-ның ауа сапасы жөніндегі ұсыныстарында белгіленген мәндерден асатын аудандарда тұрды.

Қоршаған ауаның және тұрғын үй ішіндегі ауаның ластануының жиынтық әсері жылына 6,7 миллион адамның мезгілсіз өлімінің факторы болып табылады.

2019 жылы атмосфералық ауаның (сыртқы ауаның) ластануы бүкіл әлем бойынша 4,2 миллион адамның мезгілсіз өліміне себеп болды деп есептеледі.

Бұл мезгілсіз өлім жағдайларының шамамен 89%-ы табысы төмен немесе орташа елдерде, негізінен ДДҰ-ның Оңтүстік-Шығыс Азия және Батыс Тынық мұхиты елдерінің аймақтарында болды [7].

Экологиялық таза көлік түрлерін дамытуды, ғимараттардың, электр энергетикасы мен өнеркәсіптік өндірістің энергия тиімділігін арттыруды, сондай-ақ муниципалды қалдықтарды жою жүйелерін жетілдіруді ынталандыратын саясат пен инвестициялар арқылы атмосфералық ауаның ластануының негізгі көздерінің әсерін азайтуға болады. Кейбір аймақтарда үй шаруашылықтарын таза энергиямен қамтамасыз ету жүйелері қоршаған ауаның ластануын айтарлықтай азайтуға мүмкіндік береді [8]. Лас ауа қоршаған ортаға ғана емес, адам мен жануарлардың денесіне де теріс әсер етеді. Ластанған атмосфераның әр топқа

қалай әсер ететінін қарастырыңыз. Жердің қазіргі жаһандық проблемалары атмосфералық ауаның қарқынды ластануынан тікелей туындайды. Сонымен, біздің планетамыздың озон қабаты көмірқышқыл газының шамадан тыс өсіп келе жатқан концентрациясынан бұзылады. Өз кезегінде озон қабатының бұзылуы жердің радиациялық фонының жоғарылауына әкеледі. Сонымен қатар, біздің планетамыздың климаты да өзгеруде, мұздықтар белсенді ериді, температура көрсеткіштері артып келеді. Мұның себебі-парниктік эффект. Жердің беткі қабаты озон қабатының бұзылуына байланысты қызады[8]. Табиғатта көріп отырғанымыздай, бәрі бір-бірімен тығыз байланысты. Атмосфералық ауаның ластануының маңызды салдары қышқыл жаңбырдың түсуі болып табылады. Бұл термин бұршақ, қар, тұман сияқты барлық метеорологиялық жауын-шашынды білдіреді. Күкірт оксидтерімен және азот оксидтерімен ауа концентрациясының жоғарылауы осындай жауын-шашынның түсуіне әкеледі, оның сутегі деңгейі төмендейді. Қышқыл жаңбыр өсімдіктер мен жануарларға кері әсер етеді, олардың аурулары мен өліміне әкеледі. Су объектілеріндегі қышқылдық деңгейі жоғарылайды, соның салдарынан оларда балық пен балдырлар өледі. Топыраққа баға жетпес зиян келтіреді және үлкен дақылдардың плантацияларын жояды. ДДҰ мәліметтері бойынша 9/10 лас ауамен тыныс алады. Ал ауаның ластануына байланысты жыл сайынғы өлім-жітім көрсеткіші шамамен 7 миллиард адамды құрайды. Бұл проблема жаһандық сипатқа ие және адамның әртүрлі органдары мен жүйелеріне теріс әсер етеді[9].

**Тыныс алу жүйесі.** Ең қауіпті, өйткені лас ауа тыныс алу жолдары арқылы енеді, ол әрі қарай өкпеге еніп, қанды оттегімен қанықтырады. Лас ауаны ингаляциялау демікпенің дамуына, иммунитеттің төмендеуіне, тыныс алудың бұзылуына әкеледі.

**Жүрек-тамыр жүйесі.** Ғалымдар азот оксидінің жоғары концентрациясы инфаркт пен жүрек қызметінің бұзылуын тудыратынын дәлелдеді. Лас ауа оттегінің ашығуына және қандағы тромбоциттердің көбеюіне әкеледі. Сонымен қатар, ластанған аудандардың тұрғындары қан қысымының қатты ауытқуынан зардап шегеді[10].

**Ми.** Американдық ғалымдар ауаны ластайтын ұсақ бөлшектердің деменцияны тудыруы мүмкін екенін дәлелдей алды. Бұл ауру әлі күнге дейін "жүре пайда болған деменция" деп аталады, науқас бұрыннан алған білімін жоғалтады және жаңаларын ала алмайды. Өздеріңіз білетіндей, иммундық жүйе қоршаған ортаның өзгеруіне ең сезімтал, нәзік жауап беретін жүйелердің бірі болып табылады[11]. Сондықтан адамдардың иммунологиялық реактивтілігін зерттеу қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсерін олар әлі ауыр аурулардың дамуына әкелмеген кезеңде анықтау үшін ерекше өзектілікке ие болады. Атмосфералық ауаның белгілі бір зиянды факторларының әсерінен денсаулық жағдайын анықтаудың осындай сенімді әдісіне иммундық мәртебені анықтаудың салыстырмалы түрде

сенімді әдістері жасалды [12]. Әрі қарай жүргізілген зерттеулер инвазивті емес әдіспен анықталған иммундық күйі туралы деректер инвазивті әдіспен адамдардың қанын зерттеу кезінде алынған мәліметтермен сәйкес келетінін көрсетті [13]. Қол жетімді инвазивті емес әдіс иммунитеттің күшін ғана емес, сонымен қатар иммунитетке әсер ететін жеке зиянды заттардың мөлшерін анықтауға мүмкіндік береді, яғни, денсаулық жағдайын минималды әсерлердің дозасын анықтауға жақындау. Бұл әдіс сонымен қатар белгілі бір зиянды қоршаған орта факторының аллергендік сипатына нақты көрсеткіштер береді [14,15]. Бұл зиянды заттардың бүкіл кешенінен денсаулыққа ең маңызды химиялық заттар мен қосылыстарды бөліп алуға мүмкіндік береді. Иммундық мәртебені анықтаудың иммунологиялық инвазивті емес әдістерінің кешені халықты жаппай гигиеналық тексеру кезінде әлеуметтік-гигиеналық бақылауды жүзеге асыру үшін онша күрделі емес, ақпараттық және экономикалық тұрғыдан тиімді деп ұсынылуы мүмкін [16].

**Қорытынды:** Осылайша, инвазивті емес әдістермен иммундық мәртебені анықтау халықты жаппай тексеру кезінде адам денсаулығының жай-күйін донозологиялық диагностикалаудың негізіне айналады, бұл атмосфералық ауаның белгілі бір зиянды факторларының, әсіресе балалар контингентіне әсерін анықтау үшін және жеке адамның ауруларын алдын алу және емдеу туралы шешім қабылдау үшін, сондай-ақ адамның қоршаған ортасынан зиянды факторларды жою үшін үлкен маңызға ие. Жалпы атмосфералық ауаның ластануына байланысты аурулардың таралуын бағалау әдістемесі атмосфераның ластануының жоғары деңгейіне байланысты аурулар кластарын бөлуді қамтамасыз етеді, патологияның ең көп таралған түрлерін, яғни олардың басым өзектілігін анықтауға мүмкіндік береді [17,18]. Таңдамалы популяциялар бойынша зерттеулермен салыстырғанда, ол қол жетімді, материалдық шығындарды қажет етпейді, уақыт пен еңбек шығындарын айтарлықтай азайтады. Жоғарыда айтылғандар осы техниканы гигиенистер мен санитарлық дәрігерлерге осы тақырып бойынша алғашқы зерттеулер жүргізу үшін ұсынуға мүмкіндік береді.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Бережная Е. В. Оценка риска для здоровья населения г. Воронежа при воздействии химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2013. – №. 1. – С. 2-2.
2. Бударина Ольга Викторовна, Малков Юрий Николаевич, Пономарева Оксана Юрьевна, атмосфянова Анна Владимировна Атмосфералық ауаның ластануына ұшыраған

кезде денсаулықты бағалаудың Иммунологиялық әдістері // Гигиена және санитария. 2014. №2

3. Е.И. Леонович, И. В.Скоробогатая Атмосфералық ауадағы ластаушы заттардың әсерінен халықтың өмірі мен денсаулығы үшін қауіпті бағалау. Атмосфераның ластану деңгейінің гигиеналық көрсеткіштері // Оқу-әдістемелік құрал // Минск БММУ 2019

4. Кенесары Д.У., Әділгірейұлы З., Ақжолова Н. А. Қазақстан Республикасының елді мекендеріндегі атмосфераның химиялық ластануынан халықтың денсаулығы үшін қауіптерді бағалау // ҚазҰМУ хабаршысы. 2019. №1

5. Курбанова, Ш. И. К методике оценки здоровья населения в связи с загрязнением атмосферного воздуха / Ш. И. Курбанова, А. М. Юсупхужаева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2023. — № 46 (493). — С. 59-61. — URL: <https://moluch.ru/archive/493/107792/>

6. Карелин А. О. и др. Совершенствование подходов к оценке воздействия антропогенного загрязнения атмосферного воздуха на население в целях управления рисками для здоровья // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98. – №. 1. – С. 82-86.

7. Степанова Н. В. и др. Оценка влияния и риск для здоровья населения от загрязнения атмосферного воздуха выбросами автотранспорта // Фундаментальные исследования. – 2014. – №. 10-6. – С. 1185-1190.

8. Киреева И. С., Черниченко И. А., Литвиненко О. Н. Гигиеническая оценка риска загрязнения атмосферного воздуха промышленных городов Украины для здоровья населения // Гигиена и санитария. – 2007. – №. 1. – С. 19-23.

9. Лежнин В. Л., Коньшина Л. Г., Сергеева М. В. Оценка риска для здоровья детского населения, обусловленного загрязнением атмосферного воздуха выбросами автотранспорта, на примере г Салехарда // Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93. – №. 1. – С. 83-86.

10. Куркатов С. В., Тихонова И. В., Иванова О. Ю. Оценка риска воздействия атмосферных загрязнений на здоровье населения г. Норильска // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94. – №. 2. – С. 28-31.

11. Клепиков О. В., Куролап С. А., Седых В. А. Мониторинг загрязнения атмосферного воздуха и оценка канцерогенных рисков для здоровья населения города Липецка // Региональные геосистемы. – 2021. – Т. 45. – №. 2. – С. 236-245.

12. Крупская Л. Т., Растинина Н. К. Оценка риска для здоровья населения, связанного с загрязнением атмосферного воздуха в районе хвостохранилища ЦОФ Солнечного ГОКа // Горный информационно-аналитический бюллетень (научно-технический журнал). – 2007. – Т. 9. – №. 12. – С. 318-323.

13. Крупская Л. Т., Растанина Н. К. Оценка риска для здоровья населения, связанного с загрязнением атмосферного воздуха в районе хвостохранилища ЦОФ Солнечного ГОКа //Горный информационно-аналитический бюллетень (научно-технический журнал). – 2007. – Т. 9. – №. 12. – С. 318-323.
14. Ефимова Н. В. и др. Оценка химического загрязнения и риска для здоровья населения Иркутской области //География и природные ресурсы. – 2016. – №. S6. – С. 99-103.
15. Сергеева М. В., Якушева М. Ю. Оценка риска влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения на муниципальном уровне //Гигиена и санитария. – 2010. – №. 1. – С. 23-25.
16. Пинигин М. А. Теория и практика оценки комбинированного действия химического загрязнения атмосферного воздуха //Гигиена и санитария. – 2001. – №. 1. – С. 11-15.
17. Степкин Ю. И., Кузмичев М. К., Журихина И. В. Оценка вклада загрязнения атмосферного воздуха от производства шин в риск для здоровья населения //Здоровье населения и среда обитания. – 2008. – №. 7. – С. 55-57.
18. Ревич Б. А. Мелкодисперсные взвешенные частицы в атмосферном воздухе и их воздействие на здоровье жителей мегаполисов //Проблемы экологического мониторинга и моделирования экосистем. – 2018. – Т. 29. – №. 3. – С. 53-78.

UDC 61.001

**Zainanova M.H., Baibosyn M.A.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **PREVENTIVE MEASURES FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN**

### ***Annotation***

*Iron deficiency anemia is one of the most common human diseases affecting about 25% of the world's population (WHO Annual Report, Geneva, 2008). Anemia in pregnant women in at least 90% of cases is iron deficiency anemia. There is a correlation between the frequency of iron deficiency anemia detection in pregnant women and the level of socio-economic development of the region.*

*In developing countries, IDA occurs from 35 to 75%, and in developed countries - 18-20%. IDA is accompanied by numerous complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period, and also adversely affects the condition of the fetus and newborn. In general, the number of pregnant women with this pathology reaches 43.9 million people, or 51% of the total number of pregnant women.*

**Key words:** *anemia, iron, pregnancy, childbirth, pathology*

**Зайнано́ва М. Х., Байбосын М. А.**

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

## **ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ТЕМІР ТАПШЫЛЫҒЫ АНЕМИЯСЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ**

### **Аннотация**

*Темір тапшылығы анемиясы-жер шары халқының шамамен 25% - поража әсер ететін ең көп таралған адам ауруларының бірі (ДДҰ жыл сайынғы есебі, Женева, 2008). Жүкті әйелдердегі Анемия кем дегенде 90% жағдайда темір тапшылығы анемиясы болып табылады. Жүкті әйелдерде темір тапшылығы анемиясын анықтау жиілігі мен аймақтың әлеуметтік-экономикалық даму деңгейі арасында байланыс бар.*

*Дамушы елдерде темір тапшылықты анемия 35 - тен 75% - га дейін, ал дамыған елдерде-18-20% кездеседі. темір тапшылықты анемия жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің көптеген асқынуларымен бірге жүреді, сонымен қатар ұрық пен жаңа туған нәрестенің жағдайына теріс әсер етеді. Жалпы, осы патологиямен ауыратын жүкті әйелдердің саны 43,9 млн. адамға немесе жүкті әйелдердің жалпы санының 51% - на жетеді.*

**Кілт сөздер:** *анемия, темір, жүктілік, босану, патология*

**Зайнано́ва М.Х., Байбосын М.А.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,  
г.Шымкент, Казахстан

## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

### **Аннотация**

*Железодефицитная анемия - одно из наиболее распространённых заболеваний человека, поражающее около 25 % населения земного шара (Ежегодный отчет ВОЗ, Женева, 2008). Анемия у беременных не менее чем в 90% случаев - это железодефицитная анемия. Существует зависимость между частотой выявления железодефицитной анемии у беременных женщин и уровнем социально-экономического развития региона.*

*В развивающихся странах ЖДА встречается от 35 до 75 %, а в развитых - 18-20%. ЖДА сопровождается многочисленными осложнениями течения беременности, родов и послеродового периода, а также неблагоприятно отражается на состоянии плода и новорожденного. В целом число беременных, больных данной патологией достигает 43,9 млн. человек или 51 % от всего числа беременных.*

**Ключевые слова:** анемия, железо, беременность, роды, патология

Conduction: Iron deficiency anemia is one of the most common human diseases affecting about 25% of the world's population. Anemia in pregnant women in at least 90% of cases is iron deficiency anemia. There is a correlation between the frequency of iron deficiency anemia detection in pregnant women and the level of socio-economic development of the region. In general, the number of pregnant women with this pathology reaches 43.9 million people, or 51% of the total number of pregnant women [1,2]. There are anemia observed before pregnancy and anemia diagnosed during gestation. Pregestation iron deficiency anemia negatively affects pregnancy, contributing to the threat of miscarriage, miscarriage, weakness of labor, postpartum bleeding and infectious complications[3,4].

Anemia caused by pregnancy is understood as a number of anemic conditions that occur during pregnancy, complicate its course and usually disappear shortly after childbirth or termination of pregnancy. In the second half of pregnancy, anemia is diagnosed almost 40 times more often than in the first weeks[4,5]. These are primarily hormonal shifts inherent in pregnancy: an increase in the production of estrogens, glucocorticoids, as well as immunological mechanisms. In practical work, such differentiation of iron deficiency anemia is not necessary, since the severity of the course of the disease, the clinical picture, the frequency and severity of pregnancy complications are determined primarily by the severity of anemia, and not by the time of its onset. As for the treatment, it is the same in both cases[6,7]. Anemia is a condition in which there is a decrease in the level of hemoglobin, erythrocytes and hematocrit per unit volume of blood. The World Health Organization considers pregnant women anemia if their hemoglobin level is less than 110 g/l or the hematocrit level is less than 33%. The prevalence of anemia during pregnancy varies depending on various factors, such as socio-economic conditions, lifestyle and health practices. Iron deficiency is



the main cause of anemia during pregnancy, accounting for up to 95% of cases. Other causes include folic acid and vitamin B12 deficiency, hemolytic diseases, chronic blood loss and hemoglobinopathies [8,9]. Severe anemia is considered one of the causes of half of maternal deaths in the world. Iron deficiency anemia is one of the most common diseases, which affects about 700 million people worldwide, and in Russia the prevalence is 6-30%. More than 90% of cases of anemia in pregnant women are due to iron deficiency, and its frequency varies depending on the level of socio-economic development of the region. The body of a healthy woman usually contains from 2.6 to 3.2 grams of iron. Of this amount, about 30% is stored in reserves, which can reach 600 mg [10,11].

During pregnancy, a woman's need for iron is determined by the basic need of her body of 1.5-2 mg per day or 500 mg for the entire pregnancy, as well as additional needs for erythrocyte mass, fetal and placental growth, and average daily needs. 4-7 mg in early and late pregnancy [12,13]. However, the maximum absorption of iron in the intestine is usually only 2-3 mg per day, which can lead to an average deficiency of 1 to 5 mg per day during pregnancy. In addition, during childbirth, the body loses from 150 to 200 mg of iron due to blood loss. The total need of a woman for iron during pregnancy and childbirth is more than 1000 mg. As the volume of circulating blood increases during pregnancy, there is a gradual decrease in the level of hemoglobin and hematocrit, which is normal. However, if the hemoglobin level falls below 110 g/l in the first trimester or below 105 g/l in the second trimester, this may be due to iron deficiency anemia. This type of anemia occurs as a result of a decrease in iron reserves in the body and can be aggravated by an increase in fetal iron needs in the third trimester [14,15].

The first report on anemia of pregnant women belongs to S. Ap<sup>1</sup>, 1843. In 1823, he observed and described the condition of a pregnant woman who had anemia and died during childbirth. However, even after more than 180 years, there are many problems in the diagnosis and treatment of this condition. The high prevalence of anemia in pregnant women, and the adverse consequences for the pregnant woman and the fetus to which they can lead, make this problem extremely urgent and require improvement of the modern system of maternal and child health protection. The presence of iron deficiency anemia leads to a violation of the quality of life of patients, reduces their efficiency, causes functional disorders on the part of many organs and systems. With iron deficiency in pregnant women, the risk of complications in childbirth increases, and in the absence of timely and adequate therapy, iron deficiency may also occur in the fetus. Iron deficiency conditions in pregnant women develop at any gestation period due to increased consumption and / or insufficient intake of iron into the body, while the iron balance is on the verge

of deficiency, and various factors that reduce the intake or increase the consumption of iron can lead to the development of cancer.

The leading causes of the development of pregnancy in pregnant women include: iron deficiency associated with its utilization for the needs of the fetoplacental complex; increased iron consumption aimed at increasing the mass of circulating red blood cells; reduced iron content in food; lack of vitamins necessary for the assimilation of iron (in particular, ascorbic acid, etc.); pregnancy complications and extragenital pathology (hepatosis, preeclampsia), in which the processes of ferritin and hemosiderin deposition are disrupted, as well as insufficient synthesis of proteins transporting iron develops; short intervals between pregnancies and childbirth; early toxicosis that prevents absorption in the gastrointestinal tract of elements of iron, magnesium, phosphorus, necessary for hematopoiesis; multiple pregnancy; lactation

**Purpose:** To conduct a medical and sociological assessment of preventive measures for iron deficiency anemia of pregnant women.

**Research methods and materials:** A survey of 238 pregnant women was conducted. The study was based on a statistical sample. Among the women surveyed, young people predominate (56%), the most favorable age for the birth of children - from 20 to 29 years. The next significant group consists of women aged 30-39 years (26%). According to the data obtained, the proportion of women aged 40 to 49 is significantly less (12%). Thus, the proportion of pregnant women with iron deficiency anemia decreases with age, a significant number of respondents are observed in adulthood up to 39 years, reaching a maximum in the age group of 20-29 years (56%), then decreases. The number of pregnant women under the age of 20 is insignificant (6%), which indicates pregnancy planning in most cases.

Each society has its own different attitudes. Especially important is the reproductive attitude associated with actions and assessments in matters of childbearing, creating a family with a certain number of children, regulating the timing of their appearance, methods of such regulation. Reproductive and mating attitudes are closely interrelated. In our society, the birth of children in a legal marriage is welcomed. The data obtained indicate the dominance of the traditional idea of the need to have a child in the family. A significant majority of respondents are married women (82%). 15% of respondents plan to raise an unborn child on their own. The proportion of women in a civil marriage is insignificant (3%), which confirms the prevalence in the mentality of our women of the desire to create a full-fledged family. Respondents were asked to note the presence or absence of the following factors contributing to the development of IDA

As the survey results showed, in half of the cases there are frequent blood draws, every third woman has hemorrhoids, operations with large blood loss and vegetarianism occur with the same frequency (more than 10%).

This distribution of women's responses indicates the presence of factors contributing to the development of anemia. To assess the adequacy of the therapy of IDA, we asked a question on the definition of the drugs used, as can be seen, the most commonly prescribed iron-containing drug is Sorbifer Dureles (53%), the second popular drug is Ferrum lek (31%).

The data obtained indicate that 45% of pregnant women knew about the provision of medicines at the expense of the state budget. At the same time, 55% of respondents did not know about the free of charge of this preventive measure. Such a high percentage indicates the legal illiteracy of the majority of respondents in the provision of free medical care.

**Conclusions:** The main contingent of pregnant women suffering from iron deficiency anemia is characterized by a predominance of young people (56%), the most favorable age for the birth of children - from 20 to 29 years, with age the number of pregnant women with IDA decreases significantly. Respondents are characterized by a fairly high educational level: 70% of respondents have higher and incomplete higher education. Most of the respondents (56%) are represented by the population actively participating in public production.

The main contingent of pregnant women suffering from iron deficiency anemia is characterized by low medical activity - once a year or less (50%), which complicates the timely detection of IDA and the implementation of preventive measures and treatment at earlier stages of pregnancy. The lack of an active position in relation to the problem of prevention and treatment of IDA, both in pregnant women and in obstetricians and gynecologists, leads to a high prevalence of anemia among pregnant women. In more than half of the cases (54%), the medical worker acquainted his patient with the measures of prevention and treatment of IDA. However, 46% of respondents did not receive information about the current state and measures of prevention and treatment. At the same time, 68% of pregnant women are satisfied with the work of medical personnel.

### **Список литературы**

1. Anand T. et al. Issues in prevention of iron deficiency anemia in India //Nutrition. – 2014. – Т. 30. – №. 7-8. – С. 764-770.
2. Губанищев, В. В. 9 месяцев день за днем. Ежедневник беременности / В.В. Губанищев. - Москва: ИЛ, 2016. - 320 с.
3. Демидова, А.В. Анемии / А.В. Демидова. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 849 с.

4. Meier P. R. et al. Prevention of iron deficiency anemia in adolescent and adult pregnancies //Clinical medicine & research. – 2003. – Т. 1. – №. 1. – С. 29-36.
5. Динз, Э. Ваша библия беременности / Э. Динз. - М.: АСТ, 2021. - 625 с.ейманова И.Г. Оптимизация тактики ведения беременных с железодефицитной анемией в сочетании с бактериально-вирусной инфекцией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01-акушерство и гинекология. Москва, 2008.- 190 с.
6. Percy L., Mansour D., Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2017. – Т. 40. – С. 55-67.
7. Pasricha S. R., Drake-Smith H. Iron deficiency anemia: problems in diagnosis and prevention at the population level //Hematology/Oncology Clinics. – 2016. – Т. 30. – №. 2. – С. 309-325.
8. Suega K. et al. Iron-deficiency anemia in pregnant women in Bali, Indonesia: a profile of risk factors and epidemiology //Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. – 2002. – Т. 33. – №. 3. – С. 604-607.
9. Breyman C. Iron deficiency anemia in pregnancy //Seminars in hematology. – WB Saunders, 2015. – Т. 52. – №. 4. – С. 339-347.
10. Breyman C. Iron deficiency anemia in pregnancy //Seminars in hematology. – WB Saunders, 2015. – Т. 52. – №. 4. – С. 339-347.
11. Di Renzo G. C. et al. Iron deficiency anemia in pregnancy //Women's Health. – 2015. – Т. 11. – №. 6. – С. 891-900.
12. Harvey T. et al. Assessment of iron deficiency and anemia in pregnant women: an observational French study //Women's Health. – 2016. – Т. 12. – №. 1. – С. 95-102.
13. Malinowski A. K., Murji A. Iron deficiency and iron deficiency anemia in pregnancy //Cmaj. – 2021. – Т. 193. – №. 29. – С. E1137-E1138.
14. Tan J. et al. Prevalence of anemia and iron deficiency anemia in Chinese pregnant women (IRON WOMEN): a national cross-sectional survey //BMC pregnancy and childbirth. – 2020. – Т. 20. – С. 1-12.

ӘОЖ 616.31-084.

**Абдигапарова Д., Атенова Ш.М.**

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

## СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ МАҚСАТЫНДАҒЫ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ГИГИЕНАСЫ

### **Аннотация**

*Адамдардың стоматологиялық денсаулығы қазіргі қоғамның маңызды мәселесі болып табылады. Барлық уақытта тіс денсаулығы ауыз қуысының гигиенасын дұрыс жүргізумен сөзсіз байланысты болады, типті ежелгі дәрігерлер адамның тістері сау болған кезде дені сау деп мәлімдеген. Көптеген әдебиеттер тістегі қақтар тіс кариесінің дамуының себептерінің бірі екенін көрсетеді. Біздің ғылыми жұмысымызда ауыз қуысының гигиенасы мен адам денсаулығы арасындағы байланыс туралы әдебиеттерден шолу жасалынған. Ауыз қуысының кәсіби және жеке гигиенасы стоматологиялық аурулардың алдын алудың негізгі компоненті және халықтың стоматологиялық денсаулығының негізгі көрсеткіші болып табылады. Тіс щеткалары, тіс пасталары, эликсирлер, шаю сияқты арнайы гигиеналық құралдармен күнделікті ауыз қуысына күтім жасау ауыз қуысының денсаулығын сақтауға және қатты тіндердің, пародонт тіндерінің ауруларының дамуына жол бермейді*

**Кілт сөздер:** тіс, ауыз қуысы, денсаулық, гигиена, күтім

**Абдигапарова Д., Атенова Ш.М.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,  
Шымкент

## ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

### **Аннотация**

*Стоматологическое здоровье людей является серьезной проблемой современного общества. Во все времена здоровье зубов неизбежно будет связано с правильной гигиеной полости рта, и древние врачи утверждали, что человек здоров, когда у него здоровые зубы. Большая часть литературы показывает, что кариес на зубах является одной из причин развития кариеса. В нашей научной работе представлен обзор литературы о взаимосвязи между гигиеной полости рта и здоровьем человека. Профессиональная и личная гигиена полости рта является ключевым компонентом профилактики стоматологических заболеваний и основным показателем стоматологического здоровья населения. Ежедневный уход за полостью рта с помощью специальных гигиенических средств, таких как зубные щетки, зубные пасты, эликсиры, полоскания, помогает поддерживать здоровье полости рта и предотвращает развитие заболеваний твердых тканей, тканей пародонта*

*Ключевые слова: зубы, полость рта, здоровье, гигиена, уход*

**Abdigapparova D., Atenova Sh.M.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **ORAL HYGIENE FOR THE PREVENTION OF DENTAL DISEASES**

### ***Annotation***

*The dental health of people is an important issue of modern society. At all times, dental health will inevitably be associated with proper oral hygiene, the type ancient doctors claimed that a person is healthy when his teeth are healthy. Many literature indicate that scale on the teeth is one of the reasons for the development of dental caries. In our scientific work, a review is made from the literature on the relationship between oral hygiene and human health. Professional and personal hygiene of the oral cavity is the main component of the Prevention of dental diseases and the main indicator of the dental health of the population. Daily oral care with special hygiene products, such as toothbrushes, toothpastes, elixirs, rinses, will help maintain oral health and prevent the development of diseases of hard tissues, periodontal tissues*

**Key words:** *teeth, oral cavity, health, hygiene, care*

**Кіріспе:** Ауыз қуысының аурулары-бұл адамның ең көп таралған аурулары, ең мазасыз және сонымен бірге қоғамның кең ауқымына нашар белгілі. Олар "қабырғаға көтерілуге"мәжбүр болғанға дейін іс жүзінде назар аударылмайды. Бүкіл дененің денсаулығы ауыз қуысының күйіне байланысты. Бір қарағанда, зиянсыз кариес ас қорыту жолдарының ғана емес, сонымен қатар дененің басқа да маңызды мүшелері мен жүйелерінің, соның ішінде жүректің ауруларын тудыруы мүмкін[1]. Қазақстан 100% дерлік кариес зардап шегеді. Ауыз қуысы-дененің айнасы. Асқазан-ішек жолдарының, орталық жүйке жүйесінің, эндокриндік жүйенің, қанның көптеген аурулары ауыз қуысында көрінеді. Сауатты және мұқият тіс дәрігері пациенттерге қандай мамандарға жүгіну керектігін көрсете алады.Ауыз қуысындағы созылмалы ауырсыну процестері, керісінше, аутоиммунды ауруларға әсер етеді (ревматизм, гломерулонефрит, пиэлонефрит және басқалар) [2]. Операция алдында ауыз қуысын тазарту туралы анықтама қажет. Бірақ ауыз қуысының барлық ауруларының негізгі себебі-гигиенаны елемей.Тіс және ауыз қуысының аурулары ұзақ уақыт бойы іс жүзінде асимптоматикалық болуы мүмкін, бұл өзін-өзі білуге мүмкіндік бермейді. Бірақ бұл адам алғашқы кезеңдерде аурудың одан әрі дамуын тани алмайды және алдын ала алмайды дегенді білдірмейді. Барлық тіс аурулары мен ауыз қуысының ауруларын негізгі емдеуді тіс

дәрігері жүргізуі керек – тек дәрігер дұрыс диагноз қоя алады, қатар жүретін ауруларды анықтай алады және емдеудің дұрыс курсына тағайындай алады[3].

Стоматологиялық аурулардың алдын-алу тақырыбы өте өзекті, өйткені көптеген зерттеулердің нәтижелері Қазақстан тұрғындары арасында негізгі стоматологиялық аурулардың (тіс кариесі және пародонт ауруы) қарқындылығы өте жоғары екенін көрсетеді. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлем халқының 92% - ы тістерін тазалай алмайды. Тіс кариесінің және пародонт ауруларының жоғары таралуы мен қарқындылығы проблеманың ерекше өзектілігін және осы аурулардың алдын-алуды анықтайды[4]. Қазақстанның әртүрлі аймақтарындағы балалардағы тіс кариесінің таралуы 60-тан 95% - ға дейін. Мектеп жасындағы балаларда пародонттың қабыну ауруларының таралуы 80% жетеді. Стоматологиялық аурулардың алдын алу-бұл ауыз қуысы ауруларының пайда болуы мен дамуының алдын алу. Алдын алу бағдарламаларын енгізу тіс кариесі мен пародонт ауруларының қарқындылығының күрт төмендеуіне, жас кезінде тістердің жоғалу жағдайларының айтарлықтай төмендеуіне және тістері бұзылмаған балалар мен жасөспірімдер санының артуына әкеледі[4].

Біздің елімізде стоматологиялық ауру өте жоғары, егер аурудың дамуына әсер ететін жағдайлар қолайлы бағытта өзгермесе, оның одан әрі өсуін күту керек.

Мектепке дейінгі және мектеп мекемелерінде профилактикалық іс-шаралардың болмауы, мектептегі стоматологиялық кабинеттердің болмауы ауыз қуысы ауруларының пайда болуына әкеледі. Бұл біздің зерттеуіміздің өзектілігін растайды[5].

**Зерттеу әдістері:** ауыз қуысының гигиенасы тақырыбындағы әдеби дереккөздердің деректері стоматологиялық аурулардың алдын алу ретінде қарастырылады.

**Нәтижелер:** Біздің шолуымыздың мақсаты-ауыз қуысының гигиенасы мен адам денсаулығы арасындағы байланысты зерттеу. Тіс бірліктерінде жұмсақ бляшканың пайда болуы, тазалау кезінде қызыл иектің қан кетуі, жағымсыз иіс, қызыл иектің қышуы. Мұның бәрі инфекцияның таралуын болдырмау және ауыз қуысының денсаулығын сақтау мақсатында кәсіби профилактикалық процедураларды дереу жүргізуді талап етеді. Тәжірибе көрсеткендей, араласудан гөрі аурудың алдын алу оңайырақ. Тіс күтімі мен аурулардың алдын алудың заманауи әдістері тіс-жақ патологиясының дамуын болдырмауға көмектеседі. Қазіргі уақытта пародонт ауруларының және қатты тіс тіндерінің таралуы жоғары болып калуда. Бұл аурулардың алдын алу мәселесі көптеген ондаған жылдар бойы өткір болды. Бұл әсіресе ауыз қуысында 92% жағдайда пародонт тінінің патологиясының дамуына әкелетін әртүрлі ортодонтиялық және ортопедиялық бекітілген құрылымдардың пайда болуы кезінде өзекті болады. Ортодонтиялық жабдық түріндегі бөгде тітіркендіргіш фактордың тұрақты

болуына байланысты ауыз қуысының жеке гигиенасы қиындайды. Қабыну ауруларының даму себебі - жету қиын тіс аралық кеңістіктерді, тістердің мойын бетін тазалаудың қиындығы, көп мөлшерде тіс жабынының пайда болуы және тіс бетінде микробтық биопленканың пайда болуы. Тіс дәрігерінің маңызды міндеті - ауыз қуысында зиянды бактериялардың санын азайту.[6] Тіс ауруларының алдын алу мәселесінің өзектілігі олардың балалар мен жасөспірімдер арасында кең таралуымен сипатталады. Атап айтқанда, тіс кариесі мен периодонт аурулары тістің түсуіне әкеліп соғады және созылмалы одонтогенді инфекция ошағына айналады. Стоматологиялық аурулардың алдын алуға жеткіліксіз көңіл бөліну олардың өсуіне және ауырлығына ықпал етеді, әсіресе соңғы жылдары.[7]

Алдын алудың негізгі мақсаттары

1. Аурулардың пайда болу және даму себептері мен жағдайларын жою.
2. Дененің қолайсыз факторлардың әсеріне төзімділігін арттыру табиғи, тұрмыстық және өндірістік орта.

Негізгі стоматологиялық аурулардың алдын-алу бойынша барлық шараларды жасауға болады

бөлу:

1. Мемлекеттік.
2. Әлеуметтік.
3. Медициналық.
4. Гигиеналық.
5. Тәрбиелік.

Мемлекеттік іс-шаралар: ең ауқымды, халықты қамтиды

бүкіл ел. Олар халықтың жоғары деңгейін қалыптастыруға, дамытуға және қолдауға бағытталған

денсаулық деңгейі.

Мемлекеттік іс-шараларға мыналар жатады:

1. Жүкті әйелдің денсаулығын сақтау жүйесі.
2. Ана мен баланың денсаулығын сақтау.
3. Қоршаған ортаны қорғау жүйесі.
4. Халыққа стоматологиялық көмек көрсету жүйесі.
5. Ауыз қуысының гигиенасы және алдын алу құралдарын өндіру: тіс щеткалары, тіс

пасталары,

құрамында қант алмастырғыштары мен фторидтері бар, құрамында фтор бар және реминерализациялау құралдары.



Әлеуметтік іс-шаралар: негізінен жергілікті деңгейде жүзеге асырылады және мыналарды қамтиды:

1. Мектептерде, балабақшаларда, кәсіпорындарда профилактикалық жұмысты қаржыландыру.

2. Салауатты өмір салтын енгізу: ұтымды еңбек, демалыс режимі, балалар мен ересектердің тамақтануын, жеке гигиенасын қалыпқа келтіру.

3. Мекемелерде денсаулық бұрыштары мен бөлмелерін ұйымдастыру

4. Халықтың белгілі бір санаттарын гигиена құралдарымен қамтамасыз ету.

Гигиеналық шараларға мыналар жатады:

1. Сұрақтар бойынша балалар мен ересектерді гигиеналық оқыту мен тәрбиелеуді енгізу

стоматологиялық аурулардың алдын алу. Енгізу балабақшаларда, мектептерде, әйелдер консультацияларында жүзеге асырылады.

2. Сыртқы ортаның, судың (судағы фторидтің құрамы) жай-күйін бақылауды қамтамасыз ету,

(тағамдағы көмірсулардың мөлшерін бақылау).

Медициналық шараларға мыналар жатады:

1. Зерттеу мақсатында Халыққа эпидемиологиялық тексеру жүргізу стоматологиялық ауру.

2. Профилактиканың негізделген әдістері мен құралдарын әзірлеу және енгізу стоматологиялық аурулар.

3. Жүргізілетін стоматологиялық алдын алу бағдарламаларының тиімділігін бақылау аурулар.

4. Медициналық емес және стоматологиялық емес персоналды даярлау және оқыту стоматологиялық аурулардың алдын алу бағдарламаларына қатысу (педагогтар, тәрбиешілер, педиатрлар, акушер-гинекологтар).

Қолдану ауқымы мен деңгейі бойынша барлық алдын алу шараларын қолдануға болады бөлу

1. Халық.

2. Топтық.

3. Жеке.

Халықтық іс-шаралар халықтың едәуір контингентін қамтиды (мысалы, қаланың, облыстың немесе елдің халқы).

Халықтық іс-шаралар:

ауыз суды фторлау;

тұз, сүт фторлау;

мемлекеттік, қалалық, аудандық стоматологиялық профилактика бағдарламасы аурулар.

Топтық профилактикалық іс-шаралар-кез-келген жағдайда қолдануға арналған шектеулі адамдар тобы-мектеп сыныбында, интернет-қоғамдастықта, балабақша тобында,

емхананың Денсаулық кабинетінде, кәсіпорында. Топтық іс-шаралар: қолдану құрамында фторид бар таблеткалар, Натрий фторидінің ерітінділерімен ауыз қуысын шаю; Денсаулық сабақтары

мектепте ауыз қуысының гигиенасы туралы әңгімелер бар.

Жеке профилактикалық шаралар-өсу ерекшеліктерін ескереді және тұлғаның дамуы, Жасы, жынысы, дене жағдайы және ТЖД. Жеке іс-шаралар профилактиканы тіс дәрігері тағайындайды:

фторидтерді кәсіби жергілікті қолдану-лактар, кремдер, гельдер және т. б.;

реминерализация терапиясы;

фиссураларды тығыздау;

ауыз қуысының кәсіби гигиенасы;

миогимнастика;

этиотропты алдын алу құралдарын тағайындау және басқалары

Ауыз қуысында тамақтанғаннан кейін оның микробөлшектері қатты және жұмсақ тіндердің бетінде қалады. Көбінесе зиянды микроорганизмдер тамақ арқылы, лас қолдар немесе ауа арқылы енуі мүмкін[8]. Жылы және ылғалды орта тағамдық жабындымен бірге патогендік микрофлораны белсендіру үшін қолайлы орта болып табылады, бұл оның айтарлықтай өсуіне әкеледі. Жұмсақ тақта уақыт өте келе тіс тасына айналады. Ауыз қуысының дұрыс күтімі мен алдын-алудың болмауы тәжді және арналарды одан әрі толтыруды қажет етеді. Профилактикалық манипуляциялар тек тұрақты тістеуде ғана емес, сонымен қатар сүтте де қажет. Кішкентай кезінен бастап нәресте мен ауыз қуысының тіс бірліктерінің жағдайын бақылау қажет. Зерттеу нәтижесінде анықталғандай, халық ауыз қуысының гигиенасына ерекше мән бермейді, бірақ бұл адам денсаулығының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Көптеген адамдар тіпті ауыз қуысының гигиенасын сақтаса да, жағымсыз салдарға әкелетін қателіктер жібереді[9]. Алдын алудың негізгі міндеттері аурулардың пайда болу және даму себептері мен жағдайларын жою, сондай-ақ ағзаның қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсеріне төзімділігін арттыру болып табылады.

Стоматологиялық аурулардың жеке профилактикасының негізгі мақсаты гигиеналық процедуралардың рөлі мен маңыздылығын түсіну, стоматологиялық білім деңгейін арттыру, тіс денсаулығын сақтау мотивациясын дамыту арқылы халықты сауықтыру болып табылады [10]. Стоматологиялық аурулардың жеке профилактикасының негізгі міндеттерінің бірі елдің барлық популяциялары үшін шектеусіз және қосымша ұсыныстарсыз белгілі жалпы қабылданған шараларды ілгерілету емес, әрбір нақты жеке тұлға үшін профилактикалық іс-шараларды даралау арқылы алдын алу жүйесін жетілдіру арқылы ел халқын сауықтыру болып табылады [11]. Алдын алу шараларының өзектілігі емдеу шараларының көлемін және нәтижесінде материалдық шығындарды азайтуда да көрініс береді [12]. Профилактикалық әдістердің құны бұрыннан дамыған ауруларды емдеу құнынан 20 есе төмен екендігі деректермен расталған [13]. Алайда, көптеген авторлар ауыз қуысына дұрыс күтім жасау кариозды процесстің өсу қарқынын төмендететінін дәлелдеген [14].

**ҚОРЫТЫНДЫ:** Тіс кариесінің алдын алу мәселесі стоматологиядағы ең өзекті мәселелердің бірі болып қала береді. Қазіргі уақытта Қазақстанда стоматологиялық аурулардың алдын алу өте нашар әзірленген және қолда бар материалдық, техникалық және кадрлық қамтамасыз ету шегінде қандай да бір тиімді нысандар мен әдістер жоқ. Профилактиканың медициналық аспектілері адамның биологиялық мәнін терең түсінуге де, мақсатты профилактикалық шаралар жүзеге асырылатын аурулардың этиологиясы мен патогенезін білуге де негізделуі керек. Профилактикалық жұмыс Қарапайым процедуралардан тұрады, олардың көпшілігі пациенттердің өздері мен олардың ата-аналары жасай алады. Ең қиыны-оның қажеттілігіне сендіру. Әрбір жеке пациент үшін сандармен алдын-алудың тиімділігін бағалау өте қиын. Баланың, атап айтқанда, оның тіс-жақ жүйесінің үйлесімді өсуі мен дамуына жағдай жасау тек ата-аналардың, тіс дәрігерлерінің және гигиенистердің бірлескен күш-жігерімен қамтамасыз етілуі мүмкін. Осылайша, көптеген ғылыми әдебиеттерді талдай отырып, ауыз қуысының гигиенасы стоматологиялық аурулардың алдын алудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады деген қорытынды жасауға болады.

### Әдебиеттер тізімі

1. Пожарицкая, М. М. Пропедевтикалық стоматология / М. М. Пожарицкая, Т. Г. Симакова. - М.: Медицина, 2015.
2. Ральф, Е. Мак-Дональд Балалар мен жасөспірімдердің стоматологиясы / Ральф Е. Мак-Дональд, Дейвид Р. Эйвери. - М.: Медициналық ақпарат агенттігі, 2015.

3. Смирнов, Б. А. Стоматологиядағы тіс техникасы / Б.А. Смирнов, А.С. Щербаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
4. Стоматологиялық жабдықтандыру. Оқулық / Э.С. Каливрадзиян и др. - М.: Медициналық ақпарат агенттігі, 2015.
5. Улитовский, С. Б. Тіс протездеуінің гигиенасы/ С.Б. Улитовский. - М.: МЕДпресс-информ, 2020.
6. Разумова С. Н. и др. Современные методы профилактики стоматологических заболеваний //Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 3. – №. 24. – С. 69-70.
7. Г.Т. Ермуханова, А.А. Кабулбеков Принципы профилактики стоматологических заболеваний у детей в современных условиях // Вестник КазНМУ. 2014. №3-3.
8. Фоменко, Е.В. Пародонттың қабыну ауруларының этиологиясы мен патогенезі / Е.В. Фоменко. - М.: Медициналық ақпарат агенттігі (МАО), 2020.
9. Шаров, Д. В. Стоматология. Жоғары медициналық оқу орындарының студенттеріне арналған оқу құралы / Д.В. Шаров. - М.: Владос-Пресс, 2018.
10. Беленова И. А. и др. Современные возможности профилактики стоматологических заболеваний //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7. – №. 1. – С. 188-191.
11. Беленова И. А. и др. Современные возможности профилактики стоматологических заболеваний //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7. – №. 1. – С. 188-191.
12. Добровольская П. Э., Ковалёва А. С. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе //Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №. 11-6. – С. 840-847.
13. Журбенко В. А. и др. Гигиена полости рта–метод профилактики стоматологических заболеваний //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – №. 4-2. – С. 300-300.
14. Жаркова О. А. Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 94-101.

ӘОЖ 616.12-008.331.1

**Ababakirova D.T<sup>1</sup>, Sarkulova I.S. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

<sup>2</sup> International Kazakh-Turkish University named after Khoja Akhmet Yassavi  
,Shymkent, Kazakhstan

## DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF DAILY BLOOD PRESSURE MONITORING IN YOUNG WOMEN WITH HYPERTENSION

### **Annotation**

*Currently, against the background of an extremely high prevalence of arterial hypertension (AH) among the population, there is a steady trend towards an increase in the proportion of young people in the structure of AH. The prevalence of hypertension among young people under 30 years of age varies from 3.4% to 40.7%. The age of the onset of hypertension, previously considered characteristic only of adults, has significantly decreased, and hypertension is registered in earlier age groups. Hypertension is not only one of the most common, but also one of the least diagnosed diseases. A feature that makes it difficult to diagnose hypertension in the early stages in young people is the transient nature of an increase in blood pressure (BP). The practitioner does not always manage to register blood pressure at the moments of its increase in young people with transient and short-term rises in blood pressure. Meanwhile, it is known that rare episodes of increased blood pressure can lead to sudden cardiovascular complications*

**Keywords:** vessel, pressure, doctor, pain, stage

**Абабакирова Д.Т. <sup>1</sup>, Саркулова И.С. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

<sup>2</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Яссави  
, г. Шымкент, Казахстан

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЕЖЕДНЕВНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

### **Аннотация**

*В настоящее время на фоне чрезвычайно высокой распространенности артериальной гипертензии (АГ) среди населения наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли молодых людей в структуре АГ. Распространенность артериальной гипертензии среди молодых людей в возрасте до 30 лет колеблется от 3,4% до 40,7%. Возраст начала артериальной гипертензии, ранее считавшийся характерным только для взрослых, значительно снизился, и артериальная гипертензия регистрируется в более ранних*

возрастных группах. Гипертоническая болезнь является не только одним из наиболее распространенных, но и одним из наименее диагностируемых заболеваний. Особенностью, затрудняющей диагностику артериальной гипертензии на ранних стадиях у молодых людей, является преходящий характер повышения артериального давления (АД). Практикующему врачу не всегда удается зарегистрировать артериальное давление в моменты его повышения у молодых людей с преходящими и кратковременными подъемами артериального давления. Между тем известно, что редкие эпизоды повышения артериального давления могут привести к внезапным сердечно-сосудистым осложнениям

**Ключевые слова:** сосуд, давления, врач, боль, стадия

**Абабакирова Д.Т. <sup>1</sup>, Саркулова И.С. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

<sup>2</sup> Қожа Ахмет Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті  
, Шымкент қ., Қазақстан

## **АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕГІ КҮНДЕЛІКТІ ҚАН ҚЫСЫМЫН БАҚЫЛАУДЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ**

### **Аннотация**

Қазіргі уақытта халық арасында артериялық гипертензияның (АГ) өте жоғары таралуы аясында АГ құрылымындағы жастардың үлесінің артуының тұрақты тенденциясы байқалады. 30 жасқа дейінгі жастар арасында артериялық гипертензияның таралуы 3,4% - дан 40,7% - ға дейін. Бұрын тек ересектерге ғана тән деп есептелген артериялық гипертензияның басталу жасы айтарлықтай төмендеді және артериялық гипертензия ерте жас топтарында тіркеледі. Гипертония-бұл ең көп таралған аурулардың бірі ғана емес, сонымен қатар ең аз диагноз қойылған аурулардың бірі. Жас ересектердегі ерте кезеңдерде артериялық гипертензияны диагностикалауды қиындататын ерекшелігі-қан қысымының (АҚ) жоғарылауының өтпелі сипаты. Тәжірибеші дәрігер қан қысымын Өтпелі және қысқа мерзімді көтергіштері бар жас ересектерде жоғарылаған кезде қан қысымын әрдайым тіркей алмайды. Сонымен қатар, қан қысымының жоғарылауының сирек эпизодтары кенеттен жүрек-қан тамырлары асқынуларына әкелуі мүмкін екені белгілі

**Кілт сөздер:** БІдыс, қысым, дәрігер, ауырсыну, кезең

**Importance:** It is generally known that the prevention and treatment of BP is more effective in the early stages of the development of the disease than in the period of damage to the body.

However, the specifics of clinical manifestations in the period of BP formation and the psychological features of young people mean that multiple BP measurements are often not effective in this age category of patients, and this suggests the need to use the method of daily monitoring. Daily monitoring is an important component of assessing the daily (circadian) rhythm of blood pressure fluctuations. 24-hour monitoring is the only non-invasive method that allows you to assess the difference in blood pressure during work and sleep. Daytime dynamics of blood pressure has certain patterns in both healthy people and hypertensive patients. The highest level is observed in the morning hours (from 6 to 12), the second, less obvious, increase in evening blood pressure is around 20:00 hours. Minimum numbers of blood pressure are recorded in the interval from 0 to 4 hours, then its gradual increase is observed approximately 1 hour before waking up [1, 2].

**The purpose of the study:** to study the characteristics of daily features of blood pressure in young women with hypertension.

**Materials and research methods.** 32 women aged 22 to 46 with 1-3 degrees of hypertension were examined. Average values of systolic arterial pressure are  $157.2 \pm 5.6$  mm Hg, diastolic arterial pressure –  $94 \pm 3.8$  mm Hg. The duration of hypertension is from 6 months to 8 years ( $3.8 \pm 0.6$  years on average); All women in the study were naïve to antihypertensive therapy. 60% of patients smoked, 43.6% of women had various types of anxiety, and 46.2% had depression. All patients had a regular menstrual cycle, but 13 women (40%) in the study used oral contraceptives, and 19 (60%) used oral contraceptives continuously for more than three years. Overweight and obesity were found in 16 women (50%), metabolic cardiovascular syndrome. Young women included in the study did not have disorders of carbohydrate metabolism. Daily blood pressure monitoring was carried out by the main measurement method for 24-26 hours in the "typical working day" mode. The interval between measurements was 15 minutes during the day and 30 minutes at night. All patients filled personal diaries during the study. The diary records physical activity, mental and emotional stress during the day, sleep and wake times, and sleep quality. Research results and their discussion. In our study, hypertension in young women was classified as mild and moderate (Table 1).

Table 1. BP, mm hg. comparative assessment of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure per day, during wakefulness and sleep in young women ( $M \pm m$ )

Indicator	Registered values	Normal values
Average daily systolic arterial pressure	$157,2 \pm 5,6$	< 135
Average daily diastolic arterial pressure	$94 \pm 3,8$	< 85

Average nocturnal systolic arterial pressure	128,17 ± 1,6	< 120
Average nocturnal diastolic arterial pressure	83,06 ± 1,8	< 70

An increase in all the average parameters studied, such as systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure, was detected, and isolated cases of systolic BP (systolic arterial pressure) were not recorded. According to various studies on the structure of blood pressure, the prevalence of systolic arterial pressure among men under 46 years varies significantly from 2 to 17%. Data on arterial hypertension among women in this age group are limited, but show a lower prevalence compared to the male population [3]. In addition, the issue of the relative safety of increasing systolic arterial pressure in young people in the light phenomenon of "false systolic arterial hypertension" is being actively discussed [4]. High rates of systolic and diastolic blood pressure in the young women studied are directly related to the high prevalence of potentially modifiable and non-modifiable cardiovascular risk factors. Systolic arterial pressure was associated with body mass index, waist circumference, glycemia, and age. diastolic arterial pressure is directly correlated and inversely related to triglyceridemia. From a practical point of view, it is of great interest to evaluate the differences between day and night blood pressure during the analysis of daily monitoring data - nocturnal decrease degree or diurnal index (DI). The optimal value of DI is 10-20%, the degree of reduction of nocturnal blood pressure (non-dipper) in DI < 10%, the increase of the degree of reduction of nighttime blood pressure (over-dipper or gipper-dipper) in DI > 20%, in DI night peaker < 0%. 24-hour monitoring is the only method that provides reliable information about the level of blood pressure at night and the degree of its decrease during sleep, which are undoubtedly highly important characteristics. According to the results of our research, the following categories of patients were identified: dipper-4 people (12.5%), non-dipper-18 women (56.25%), gipper-dipper-7 people (21.9%), night peaker-3 woman (9.3%). Thus, most of the young women with hypertension had a predictable unfavorable version of the daily characteristics of arterial pressure, which indicates a violation of the biphasic rhythm of the sympathetic division of the autonomic nervous system. A similar picture with the predominance of patients of the non-dipper type is characteristic of the complex of metabolic disorders associated with insulin resistance and the android type of obesity, which is widely expressed in the literature [5] and should be a marker for the practitioner in terms of active search for disorders of insulin-glucose homeostasis. Given that more than half of the young women in the study were non-dippers, it is necessary to consider the need to prescribe antihypertensive drugs at night to target nocturnal BP. The "pressure load" indicator (time index) is used to determine the time when the increase in arterial pressure is recorded.



BP variability (BP) can be calculated using a number of indicators. The simplest method of estimation is the standard deviation (SD) of the mean BP. The disadvantage of this methodology is its direct dependence on the time period over which the variability is calculated. An expanded interpretation of the concept of variability refers to diurnal and other rhythmic changes in blood pressure, as well as indicators of daily monitoring [3]. The current wave of interest in DBP is driven by accumulating data on the prognostic value of intervisit variability for cardiovascular outcomes, both in the general population and in the setting of antihypertensive therapy. Elevated DBP was also associated with intermediate endpoints, during the day in the studied group of women, systolic arterial pressure variability was increased in 24 women (75%), and diastolic arterial pressure was increased in 4 patients (12.5%), at night, similar indicators were observed in 2 people (6.25 %) and 2 (6.25%). during the study of the average indicators, an increase in the variability of systolic arterial pressure was revealed during the day, and the variability of systolic arterial pressure at night, as well as the variability of daytime and nighttime systolic arterial pressure, became borderline. the maximum increase in systolic arterial pressure during the day (up to 17 mmHg) was observed in people with moderate blood pressure, which was associated with stressful situations according to the patients' diary entries. The size of the DBP also depended on the severity of the pressure load on the day of monitoring, and changed in direct proportion to its increase. The most studied characteristic of the morning peak of blood pressure is its value, which is determined by the difference between the highest and lowest blood pressure between 4 and 10 o'clock in the morning. To more fully characterize the morning rise in arterial pressure, the morning rate of rise in blood pressure was evaluated, which is especially relevant in patients with a monotonous diurnal blood pressure profile (Table 2).

**Table 2.** Characterization of the magnitude and speed of the morning rise in blood pressure in young women with arterial hypertension, (M ± m)

Indicator	Registered values	Normal values
Magnitude of rise in the morning SYSTOLIC ARTERIAL PRESSURE	53.54 ± 1.77 mm Hg.	< 56 mm Hg.
Magnitude of rise in the morning DIASTOLIC ARTERIAL PRESSURE	37.83 ± 1.06 mm Hg.	< 30–36 mm Hg.
Morning Rise Rate SYSTOLIC ARTERIAL PRESSURE	16.48 ± 0.85 mm Hg/h	< 10 mm Hg/h
Morning rate of rise DIASTOLIC ARTERIAL PRESSURE	13.38 ± 0.62 mm Hg/h	< 6 mm Hg/h

Despite the normal magnitude of the morning rise in systolic blood pressure and borderline diastolic blood pressure, a significant increase in the morning rate of rise was noted for both systolic blood pressure and mainly diastolic blood pressure. A detailed analysis of internal characteristics of blood pressure revealed that non-dipper and night peaker patients had a moderate morning rise in blood pressure, but a higher rate of increase in blood pressure numbers. Thus, as an absolute measure in young women with hypertension, the magnitude of the morning rise in blood pressure may be less informative and should be evaluated in conjunction with the rate of change in blood pressure. High pulse BP ( $\geq 60$  mmHg) in elderly patients with arterial hypertension is now attributed to target organ damage [9,10]. However, even in the younger age group, apparently, such a characteristic indicates an increased risk of cardiovascular complications and rapid development of target organ damage. However, this assumption requires further research to clarify the prognostic significance of this parameter at young age. In the women studied by us, the average daily pulse blood pressure was 46-53 mm Hg in 67.4% and in 32.6%, 53 mm Hg was at the upper limit. Thus, 100% of women did not have normal values of pulse blood pressure, and its increase was recorded during awakening, during sleep and during the whole 24 hours.

#### **Conclusion.**

According to new guidelines from the British Hypertension Society, daily monitoring is indicated for all patients with clinical blood pressure  $\geq 140/90$  mmHg to confirm hypertension. Economic modeling has shown that this diarterial hypertension nostic approach is associated with the lowest costs in all age groups, with the additional investment associated with daily monitoring balanced by cost savings associated with more targeted treatment. Currently, taking into account the high life expectancy in young women, the assessment of blood pressure values should not be limited to the analysis of the average values of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure over a certain period of time. It seems important to use daily monitoring not only for the diagnosis of arterial hypertension, but also to study the quantitative and qualitative characteristics of blood pressure, determining the individual components of its daily profile. In young hypertensive women who did not receive antihypertensive therapy, the following predictive adverse blood pressure symptoms were identified: increased average values of systolic and diastolic blood pressure; the predominance of pathological types of diurnal curves with an insufficient decrease in arterial pressure at night and an increase in the load of systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure mainly at night; high variability of systolic arterial pressure during the day; estimated increase and numerical increase in pulse blood pressure; systolic blood pressure and diastolic blood pressure have a higher rate of rise in the morning.

### List of references

1. Sabirov I.S., Murkamilov I.T., Fomin V.V., Sabirova A.I., Ismarova G.S., Yusupov F.A. Arterial hypertension at a young age: current state of the problem // The Scientific Heritage. 2021. No. 72-2. URL:
2. Fadeenko G.D., Chirva O.V., Nesen A.A. Arterial hypertension in young people according to daily blood pressure monitoring // KVTiP. 2014. No. S2
3. Plastun M. Yu., Zorin V. N., Polishchuk T. F. Features of arterial hypertension in young women // Crimean Therapeutic Journal. 2011. No. 2 (17).
4. Bagdulina Elena Nikolaevna, Tsygankova Oksana Vasilievna, Fedorova Elena Leonidovna, Bondareva Zoya Gennadievna Risk factors for the development of arterial hypertension in young women (under 40 years old) // Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. No. 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-razvitiya-arterialnoy-gipertenzii-u-molodyh-zhenschin-do-40-let> (date of access: 09/26/2023)..
5. Yakusevich V.V. et al. Daily blood pressure profile in elderly and senile people without clinically significant cardiovascular pathology // Clinical gerontology. – 2005. – Т. 11. – No. 2. – pp. 32-34.
6. Arkhipova L.V., Gurevich M.A. Features of the pathogenesis and treatment of arterial hypertension in women. RMJ. 2015;15:870

The original article was published on the RMJ website

### Саркулова И.С.

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

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

**Маңыздылығы:** Жіті коронарлық синдром (ЖКС) мәселесі бүкіл әлемде өзектілігін жоғалтқан жоқ, ол халықаралық регистрлер деректерімен дәлелденеді. Жіті коронарлық синдром (ЖКС) өзектілігіне Америкалық (ACC/АНА, 2006) және Еуропалық кардиологтар қоғамының (Eur.HeartJ., 2006) беделді кеңестерінде және Ресей кардиологтар қоғамының сәйкес нұсқаулықтарында айрықша көңіл бөлінген (ВНОК, 2006). Осыған байланысты

мезгілсіз жүрек өлімі және аурудың сәтсіз болжамы қауіп факторларының мүмкін предикторларын зерттеу маңызды міндет болып табылады[1,2].

**Зерттеудің мақсаты:** ST сегментінің элевациясы бар жіті 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.

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

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

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

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

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

Анамнездік мәліметтер, зерттеудің функционалды әдістерін қолданған физикалды және инструменталды тексерудің параметрлері екі байланыспаған топта Манн – Уитни критерийі бойынша сандық белгілердің параметрлік емес салыстыру әдісін қолданып жасалды, ал

топтарды сапалық белгілер бойынша салыстыру үшін - 2x2 тіркесу кестесі көмегімен Пирсон  $\chi^2$  коэффициентін қолданып жасалынды. Талдама нәтижесі 3 кестеде берілген.

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

Жіті коронарлы синдром науқастарында жүрек жиырылу жиілігінің бірталай өзгеруімен қатар жүретін аритмиялар көбінесе қан айналу жетіспеушілігінің жіті дамуына алып келеді. Госпиталды кезеңде пайда болатын жүрек ырғағының бұзылыстары қазіргі таңда кардиалды өлімнің негізгі себебі болып қалатыны осымен түсіндіріледі. ST сегментінің элевациясы бар Жіті коронарлы синдром науқастарында көп жағдайда әр түрлі жүрек ЫжӨБ пайда болады, олар негізгі ауру ағымын күрделендіреді және оның болжамын нашарлатады [2].

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

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

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

Зерттелінетін науқастар тобында пациенттер саны бойынша 2 типті ҚД пациенттері арасында айырмашылықтар анықталмады, (16,7% I топта және 8,3% II топта;  $\chi^2=2,1$ ;

$p=0,149$ ) , сол кезде әдебиет деректері бойынша Жіті коронарлы синдром пациенттерінде гипергликемияның болуы СКЖ даму қаупін аурудың ерте кезеңінде де, кейінгі кезеңінде де жоғарылатады [4,5].

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

### Әдебиеттер тізімі

1. Особенности прогнозирования реакции при остром коронарном синдроме у мужчин и женщин / Р.Т. Сайгитов, М.Г. Глезер, Д.П. Семенцов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2006. - №1. – С.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, №8. –Р. 663-670.
3. Остроумова, О.Д. Старение и дисфункция эндотелия / О.Д. Остроумова, Р.Э. Дубинская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. - №4. – С. 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. Панченко, Е.П. Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет – коварный тандем / Е. П. Панченко // Сердце. – 2004. – Vol. 3, №1. – С.9-12.
6. // Diabet Med. – 2003. - Vol. 10, №5. – P. 449-454.

ӘОЖ 616-089.168.1

**Нысанбаева А.Н., Саркулова И.С.**

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

### НАУҚАСТАРҒА ОТАДАН КЕЙІНГІ КҮТІМ ЖАСАУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

#### *Аннотация*

*Науқас пациенттің денесіне ота асалғаннан кейін асқынуларды жоюға және сауатты күтімді қамтамасыз етуге бағытталған отадан кейінгі кезең мұқият жүргізілу қажет болады. Бұл процесс клиникалар мен ауруханаларда жүзеге асырылады, қалпына келтірудің бірнеше кезеңдерін қамтиды. Кезеңдердің әрқайсысында науқастың мейірбике*

тарапынан ұқыптылығы мен күтімі, асқынуларды болдырмау үшін дәрігердің бақылауы қажет етеді. Отадан кейінгі науқастың күтімін мейірбикелік күтім маңызды рөл атқарады, ол науқас бөлімшеден шыққанға дейін жалғасады. Егер ол жеткіліксіз болса немесе нашар орындалса, бұл қолайсыз нәтижелерге және қалпына келтіру кезеңінің ұзаруына әкеледі. Медбике кез – келген асқынулардың алдын алуы керек, егер асқынулар пайда болып олар пайда болса, оны жоюға күш салуы керек. Біздің ғылыми жұмысымызда отадан кейінгі мейірбикелік күтімді есепке алуды бағалау болды. Барлығы 20 кездейсоқ таңдалған пациенттердің медициналық тарихы отадан кейінгі мейірбикелік күтімнің ең маңызды параметрлерін қамтитын бақылау парағы тұрғысынан бағаланды. Барлық науқастар ауруханада бір ай бойы жалпы анестезиямен ота жасады және отадан кейін жалпы палаталарға ауыстырылып, сол жерде мейірбикелік күтім жасалған.

**Кілт сөздер:** ота, науқас, мейірбикелік күтім, асқыну, нұсқау

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ

**Нысанбаева А.Н., Саркулова И.С.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави

### **Аннотация**

После операции на теле больного пациента необходимо будет провести послеоперационный период, направленный на устранение осложнений и обеспечение грамотного ухода. Этот процесс проводится в клиниках и больницах, включает в себя несколько этапов восстановления. На каждом из этапов требуется внимательность и уход пациента со стороны медсестры, наблюдение врача, чтобы избежать осложнений. Уход за пациентом после операции играет важную роль в сестринском уходе, который продолжается до тех пор, пока пациент не покинет отделение. Если его недостаточно или плохо выполнить, это приведет к неблагоприятным результатам и увеличению периода восстановления.

Медсестра должна предотвратить любые осложнения, и если осложнения возникнут, она должна приложить усилия, чтобы устранить их. В нашей научной работе была оценка учета послеоперационного сестринского ухода. В общей сложности история болезни 20 случайно выбранных пациентов оценивалась с точки зрения контрольного списка, который включал наиболее важные параметры сестринского ухода после операции. Все пациенты прооперированы в больнице под общим наркозом в течение месяца и после операции переведены в общие палаты, где им назначена медицинская помощь.

*Ключевые слова: операция, пациент, сестринский уход, осложнения, инструкция*

**Nysanbayeva A.N., Sarkulova I.S.**

International Kazakh-Turkish University after named Khoja Akhmet Yassawi

## **THE EFFECTIVENESS OF POSTOPERATIVE CARE FOR PATIENTS**

### **Annotation**

*After the operation on the patient's body, it is necessary to carry out the postoperative period, aimed at eliminating complications and ensuring competent care. This process is carried out in clinics and hospitals, involves several stages of recovery. At each of the stages, care and care of the patient on the part of the nurse, medical supervision is required to avoid complications. An important role in the care of the patient after surgery is played by nursing care, which continues until the patient leaves the unit. If it is not enough or poorly performed, this will lead to unfavorable results and an increase in the recovery period.*

*Nurse should prevent any complications, and if complications arise and they occur, make efforts to eliminate them. In our scientific work there was an assessment of the accounting of postoperative nursing care. In total, the medical histories of 20 randomly selected patients were evaluated in terms of a checklist containing the most important parameters of postoperative nursing care. All patients underwent general anesthesia in the hospital for a month and after the operation were transferred to general wards, where they were waiting for meirbikelk.*

**Key words:** *surgery, patient, nursing care, complication, instruction*

**Маңыздылығы:** Күтім хирургиялық араласудың сипаты мен күрделілік деңгейіне, науқастың денсаулық жағдайына байланысты[1,2,3]. Науқасқа күтім жасау кезінде негізгі ережені сақтау маңызды: тігістердің күйін үнемі қадағалап отыру, таңғыштарды уақтылы жасау, тампондар мен дренажды ауыстыру; тамақтандыру, өмірлік маңызды белгілерді бақылау, инъекциялар жасау, дәрі-дәрмектерді дәрігердің нұсқауы бойынша қабылдауды қамтамасыз ету; асқынулардың дамуына жол бермеу[3,4]. Ол үшін терапевтік гимнастика жасау, әртүрлі процедураларды орындау, жабыспалар пайда болмас үшін адамның дене қалпын үнемі өзгеру керек. Отадан кейінгі кезең операция аяқталғаннан бастап хирургиялық бөлімнен шығаруға және еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіруге дейінгі кезең болып саналады. Хирургиялық араласудың сипаты мен көлеміне байланысты науқастың жалпы жағдайы бірнеше күннен бірнеше айға дейін созылуы мүмкін. Хирургиялық операцияның нәтижесі отадан кейінгі кезеңнің қалай өткеніне байланысты. Отадан кейінгі кезеңде



науқастарды күтуде үлкен рөл орта медициналық қызметкерлерге тиесілі. Дәрігерлік тағайындауларды дұрыс және уақтылы орындау және науқасқа сезімтал болу тез қалпына келуге жағдай жасайды[5,6].

Отадан кейінгі 1-ші күні науқас өзін-өзі күте алмайды,сонымен қатар асқынулардан қорқып, төсекте мүмкіндігінше аз қозғалуға тырысады, жеке гигиенаны сақтауды тоқтатады. Медицина қызметкерінің міндеті-науқасты зейінмен және қамқорлықпен қоршау, оны мұқият күтіммен қамтамасыз ету және сонымен бірге науқасты қажет болған жағдайда асқынулардың алдын алуға және олармен күресуге белсенді қатысуға мәжбүрлеу.Бір қалыпта ұзақ жату науқас үшін өте ауыр[7,8]. Медициналық персонал (мүмкін болса) дененің әртүрлі бөліктерінің астына жастық төсеу арқылы позициясын өзгертуге көмектесуі керек, науқасқа ауырсынуды азайтатын,тыныс алуды және жүрек қызметін жеңілдететін ең қолайлы жағдай беруі керек. Төсектегі белсенді мінез-құлық отадан кейінгі асқынулардың алдын алудың негізгі факторларының бірі болып табылады. Ауыр науқастар мен әлсіреген науқастар, сондай-ақ анестезиямен операция жасағандар әдетте ұзақ уақыт бойы тыныш жатады. Қозғалмайтын позиция, әсіресе қатты терлеу кезінде, өте тез (бірнеше сағат ішінде) қысым жарасының дамуына әкелуі мүмкін[9]. Көбінесе қысым жаралары сакрум аймағында пайда болады, сондықтан операция бөлмесінен жеткізілген науқас дереу үрлемелі резеңке шеңберге қойылады.Алдымен шеңберді паракқа немесе жаялыққа орау керек. Отадан кейін бірнеше сағаттан кейін науқастарды төсекке сәл бұрып, арқаларын, бөкселерін және дененің басқа бөліктерін ысқылау керек камфора спирті. Науқастың болуы әсіресе маңызды мен дымқыл зығыр матада, боялған парақтарда жатқан жоқпын ірің, зэр, нәжіс[10,11]. Науқастың терісі таза болуы керек, терінің кездейсоқ ластанған жерлерін жуу және сүрту керек. Осы мақсаттар үшін теріні ластанудан оңай және жұмсақ тазартуға арналған жұмсақ және берік дымқыл көлеңке сүлгілерін қолдануға болады.Қысым жарасының алдын алу үшін салмақ қысымына ұшырайтын және төсек-орынмен байланыста болатын дене беттерінің терісінің күйін мұқият бақылау қажет. Отадан кейін адамға тиісті күтімді ұйымдастыру-жауапты және қиын мәселе. Палатада немесе науқас орналасқан басқа бөлмеде стерильділікті қамтамасыз ету және қолдау, қажетті медициналық және гигиеналық процедураларды жүргізу, психологиялық қолдау көрсету қажет.

Мейірбикелік күтімнің негізгі міндеттеріне келесі іс-шаралар кіреді:

Отадан кейінгі науқасты қабылдауға үй-жайды дайындау және ондағы стерильділікті сақтау. Палатаны мұқият дайындау керек-кварцтау, желдету, төсек-орындарды ауыстыру[12].

Науқасты жүйелі бақылау. Дене температурасын үнемі қадағалап отыру, жүрек соғу жиілігін, қан қысымын тексеру, науқастың жалпы әл-ауқатын, ауырсынуын, ыңғайсыздығын бақылау, жараның жазылуын бақылау қажет. Егер науқас ес-түссіз болса, оның жағдайы туралы ақпарат физиологиялық көрсеткіштерді өлшеу және визуалды тексеру арқылы алынады[13].

Жараны күту. Таңғыштарды, дренаждарды, катетерлерді уақтылы ауыстыру, жараны Бактерияға қарсы агенттермен емдеу қажет; науқастың жайлылығын бақылау.

Тіршілік функцияларын қамтамасыз ету. Науқасты оның жағдайына сәйкес тамақтану және ішу режимімен қамтамасыз ету керек, зәр мен нәжістің бөлінуіне динамикалық бақылау жүргізу керек[14].

Гигиеналық процедураларды жүргізу. Бірінші күннен бастап қысым жарасының алдын-алу, теріні ластанудан тазарту, ауыз қуысын тазарту қажет.

Науқасты тезірек қалпына келтіру үшін оған жаттығу терапиясы, арқа және аяқ-қол бұлшықеттерін уқалау қажет[15].

**Мақсаты:** Науқастарға отадан кейінгі күтім жасауды бағалау үшін сандық сипаттамалық зерттеу жүргізілді.

**Зерттеу әдістерімен материалдар:** Пациенттердің жыл сайынғы өсуі және көрсетілетін медициналық көмекке қойылатын айрықша талаптар медициналық ұйымдардың әртүрлі құрылымдық бөлімшелерінің жұмысын қайта ұйымдастыру қажеттілігін талап етеді. Клиникалық (эмбебап) мейірбике пациентпен олар болған сәттен бастап жұмыс істейді

барлық күтім шараларын орындай отырып, шығарылғанға дейін бөлімге түсу. Клиникалық мейірбикенің функцияларына мыналар жатады: бекітілген пациенттерге күтім жасау; дәрігер тағайындаған емдеу шараларын орындау; емдеу-диагностикалық манипуляциялар: термометрия, қан қысымын, импульсті өлшеу, тамырлы катетерге күтім жасау және т.б.; пациенттерді іргелес мамандардың консультациясына сүйемелдеу; медициналық құжаттамамен, ақпараттық жүйемен жұмыс. Отадан кейін пациенттер палатаға қайтарылғаннан кейінгі алғашқы сегіз сағат ішінде пациенттерді тексеру және мейірбикелік күтім жазбаларына ретроспективті зерттеу жүргізілді. Жұмыс барысы туралы есептер, бақылау карталары, сұйықтық балансының кестелері және таңдалған пациенттерге мейірбикелік күтім жоспарлары зерттелді. Әдебиеттегі бірқатар дереккөздерде ұсынылғандай, отадан кейінгі пациенттің жағдайын тиімді бағалау үшін минималды параметрлерді қамтитын әдебиеттерді мұқият талдаудан кейін жасалған бақылау тізімі қолданылды.

Бұл зерттеу жобасының мақсаты отадан кейінгі мейірбикелік күтімді есепке алуды бағалау болып табылады. Барлығы 20 кездейсоқ таңдалған пациенттердің медициналық тарихы отадан кейінгі мейірбикелік күтімнің негізгі параметрлерін қамтитын бақылау парағы арқылы бағаланды. Барлық науқастар бір ай ішінде жалпы анестезиямен ауруханада ота жасады және ота аяқталғаннан кейін жалпы палаталарға қайтарылды. Жиналған деректер жиіліктер арқылы талданды. Пациенттердің көпшілігінде неврологиялық мәртебе бағаланғаны анықталды, бірақ пациенттердің жазбаларында эмоционалды күй мен физикалық жайлылыққа аз көңіл бөлінді. Пациенттердің тыныс алу және қан айналымы жағдайы, сондай-ақ сұйықтық балансы жеткіліксіз бақыланады. Пациенттер сыртқы қан кету белгілеріне мұқият бақыланады, бірақ көп жағдайда қан кету ота бөлмесінен қайта түскен кезде бір рет қана тексеріледі. Сонымен қатар, пациенттердің ауыруы жақсы бақыланады, бірақ фармакологиялық препараттарды енгізгеннен кейінгі әрекеттер қанағаттанарлықсыз. Ота толығымен сипатталған, жазбалар әдетте толық және оқылатын, бірақ медбикелер мен атақтардың қолтаңбалары оқылмайды. Аллергия ең маңызды жазбаларда тіркеледі. Отадан кейінгі күтім кезінде құжаттаманың жан-жақты және қолдануға оңай түрін пайдалану ұсынылады. Бұл форма бақылау парағы ретінде қызмет етеді және көбінесе отадан кейінгі ең маңызды параметрлерге назар аударуды қамтамасыз ете алады. Осылайша, қателер мен олқылықтардың санын азайтуға болады.

Науқасқа қашан мейірлік күтімі керек?

Науқас отадан кейінгі кезеңнің барлық кезеңдерінде медициналық көмекті қажет етеді:

Ерте реанимация сатысында. Бұл операция жасалған сәттен бастап 3-5 күнге созылатын ең қиын кезең. Науқас медициналық процедураларды және оның жағдайын үнемі бақылауды талап етеді.

Отадан кейінгі кеш кезеңде. Ол 2-3 аптаға созылады. Медициналық процедуралар (инъекциялар, IV, таңғыштар) жалғасуда, оларға алғашқы оңалту шаралары қосылады.

Ұзақ мерзімді (реабилитация) сатысында. 3 аптадан 6 айға дейін созылады. Бұл кезеңде науқасты одан әрі оңалту үшін кәсіби қолдау қажет.

Отадан кейінгі кезеңде пациенттерге мейірбикелік күтімсіз оларды қалпына келтіру мүмкін емес. Арнайы білімі бар маман ғана науқастардың сауығып кетуіне жағдай жасай алады.

**Қорытынды:** Қорытындылардың бірі пациенттердің көпшілігінің неврологиялық жағдайы бағаланды, бірақ пациенттердің жазбаларында эмоционалды күй мен физикалық жайлылыққа аз көңіл бөлінді. Пациенттердің тыныс алу және қан айналымы жағдайы және олардың су балансы жеткіліксіз тіркелді. Пациенттер сыртқы қан кету белгілеріне мұқият

бақыланды, бірақ көп жағдайда қан кету ота бөлмесінен оралғаннан кейін бір рет қана тексерілді. Пациенттердің ауырсыну сезімдері жақсы бақыланғанымен, фармакологиялық препараттарды енгізгеннен кейінгі әрекеттер қанағаттанарлықсыз болды. Хирургия толығымен сипатталды және жалпы айтқанда, жазбалар толық және түсінікті болды, бірақ қолтаңбалар мен мейірбике атақтары оқылмады. Аллергия ең маңызды жазбаларда көрсетілген.

### Әдебиеттер тізімі

1. Барыкина Н. В., Зарянская В. Г. Сестринское дело в хирургии //Ростов н/Д.: Феникс. – 2016.\
2. Туркина Н. В., Королева И. П. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С КУРСОМ" УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ" //Медицинская сестра. – 2007. – №. 6. – С. 43-45.
3. Лазарева Л. А. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ" ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ" В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ" СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО" //EUROPEAN RESEARCH. – 2017. – С. 227-230.
4. Лебедев М. В., Керимова К. И., Захарова И. Ю. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ ДОЛЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ (УНИВЕРСАЛЬНАЯ) МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА В ОТДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2022. – Т. 24. – №. 10. – С. 79-84.
5. Капрусынко Н. В., Гусева Л. В. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ //Сборник тезисов VIII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию СамГМУ. – 2014. – С. 267-269.
6. Барашков И. И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОЙ МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ПРЕДМЕТУ «СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ХИРУРГИИ» В ГБПОУ РС (Я)«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» //DISCOVERY SCIENCE RESEARCH. – 2020. – С. 300-305.
7. Лазарева Л. А., Овчинникова И. Г. РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ" ТЕОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА" В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА //СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ НАУКИ. – 2016. – С. 134-137.

8. Гриднева Л. Г., Кашин А. В., Гриднев Ю. В. Сестринское дело, как искусство и наука //Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – №. 63. – С. 70-74.
9. Плотникова Е. В. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПАЛЛИАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЯ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПМ 02. МДК 02.01 РАЗДЕЛ 3 «СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ХИРУРГИИ» //Отечественная и зарубежная педагогика. – 2022. – Т. 2. – №. 4. – С. 94-111.
10. Чухраев А. М. и др. ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА //Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – 2010. – С. 281.
11. Говязина Т. Н., Лоскутова Ю. Е. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ ПРОВЕДЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ХИРУРГИИ //Образование: традиции и инновации. – 2015. – С. 130-133.
12. Хазанова Р. Г. СИСТЕМНО-ДЕЯТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ НА ЗАНЯТИЯХ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ХИРУРГИИ И ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ //Медицинская сестра: траектория непрерывного профессионального развития. – 2019. – С. 107-110.
13. Ободникова М. В. ГОУ СПО МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ№ 5 ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ НА ТЕМУ:" ДЕСМУРГИЯ. МЯГКИЕ ПОВЯЗКИ" ДИСЦИПЛИНА:" СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ" СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: 060109 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО 51 //Медсестра. – 2010. – №. 8. – С. 44-50.
14. Барашков И. И. Эффективность симуляционного обучения студентов отделения" Сестринское дело" по дисциплине" Сестринский уход в хирургии" //Проблема наставничества в непрерывной подготовке обучающихся к профессиональной карьере: традиции и инновации. – 2018. – С. 46-48.
15. Каратеева С. Ю., Хомко О. И. АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»(ОКР-БАКАЛАВР) ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКОЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В ХИРУРГИИ» //Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17. – №. 4. – С. 68.

ӘОЖ 612.248+612.662.9+618.

**Байсал О., Туганбаева А.Т.**

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан

## **ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПЕРИМЕНОПАУЗА КЕЗЕҢІНДЕГІ СОМАТИКАЛЫҚ СТАТУСЫ**

### ***Аннотация***

*Перименопауза кезең-бұл әйелдің өміріндегі менопаузаның алғашқы белгілері пайда болған сәттен бастап соңғы тоқтап қалған етеккірге дейінгі кезең болып есептеледі. Эстроген деңгейінің төмендеуі әртүрлі белгілердің пайда болуына әкеліп, олардың ауырлығы жеке болып табылады. Алғашқы белгілер-ыстық жыпылықтау, тершеңдік, эмоционалды фонның өзгеруі болады. Менопаузаға дейінгі өзгерістер жүрек-қан тамырлары мен жүйке жүйесіне, урогеннесеп-жыныс жолдарына әсер етеді, метаболизмге әсер етеді. Емдеу гормондарды алмастыру терапиясының көмегімен жақындап келе жатқан менопауза белгілерінің ауырлығын төмендетуге арналған. Мақаламызда көпбосанған әйелдердің патологиялық климакстың ағымы зерттелген. Олардың климакс ағымының ерекшеліктері анықталған. Көп босанғандардың менопаузадағы асқынуларының алдын алу, патологиялық ағымын түзету, бұл зерттеу нәтижесі емдеуде ғылыми негіз ретінде қызмет атқарады.*

***Кілт сөздер:*** перименопауза, етеккір, гормон, ауру

**Байсал О., Туганбаева А. Т.**

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х. А. Ясауи, г. Шымкент,  
Казахстан

## **СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

### ***Аннотация***

*Перименопаузальный период считается периодом в жизни женщины с момента появления первых симптомов менопаузы до последней прерванной менструации. Снижение уровня эстрогена приводит к появлению различных симптомов, причем их тяжесть индивидуальна. Первыми признаками будут приливы, потливость, изменение эмоционального фона. Перименопаузальные изменения затрагивают сердечно-сосудистую и нервную системы, мочеполовые пути, влияют на обмен веществ. Лечение предназначено для уменьшения тяжести надвигающихся симптомов менопаузы с помощью заместительной*

гормональнóй терапии. В нашей статье исследуется течение патологического климакса у многоплодных женщин. Выявлены особенности течения климакса. Профилактика осложнений климакса у многоплодных, коррекция патологического течения, результаты этого исследования служат научной основой в лечении.

**Ключевые слова:** перименопауза, менструация, гормон, болезнь

**Baisal O., Tuganbayeva A. T.**

**Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi, Shymkent, Kazakhstan**

## **SOMATIC STATUS OF WOMEN IN THE PERIOD OF PERIMENOPAUSE**

### **Annotation**

*Perimenopause period is considered to be the period in a woman's life from the moment the first signs of menopause appear to the last stopped menstruation. A decrease in estrogen levels leads to the appearance of various symptoms, and their severity is individual. The first symptoms will be hot flashes, sweating, changes in the emotional background. Pre-menopausal changes affect the cardiovascular and nervous system, the urogenital and genital tract, and affect metabolism. Treatment is designed to reduce the severity of the symptoms of impending menopause with the help of hormone replacement therapy. In our article, the course of pathological menopause in multi-aged women is studied. The features of their climax course are determined. Prevention of menopausal complications of multiple births, correction of the pathological course, the result of this study serves as a scientific basis in treatment.*

**Key words:** perimenopause, menstruation, hormone, disease

**Маңыздылығы:** Климактериялық кезең әйел өміріндегі , әлеуметтік те, медициналық та аспектілері бойынша маңызды кезеңдердің бірі. Бұл кезеңде әйел өз өмірінің үштен бір бөлігінде өтеді . ДДҰ деректері бойынша бұл жастағы адам саны жыл сайын өсуде және көптеген мемлекеттік бағдарламалар олардың осы кезеңдегі өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталуы тиіс[1]. Менопаузаның басталуын білдіретін соңғы етеккір орта есеппен 50 жаста байқалады. Менопауза алдындағы немесе ерте менопауза синдромының белгілері соңғы етеккірден бірнеше жыл бұрын пайда болады. Өмір сүру ұзақтығының артуы әйелдердің 60% - аналық бездердің әлсіреуінің айқын белгілерін байқауға әкелді. Олардың ішінде, жағдайлардың жартысында бұл процесс ауыр, үштен бірінде симптомдар орташа. Менопаузаға дейінгі жеңіл курс созылмалы аурулары жоқ сау әйелдерде байқалады, ал психосоматикалық бұзылулар болған кезде ол ауыр күйеу баласын алады[2]. Себебі етеккір

аяқталған кезде, оның соңғы болғанына ешкім сенімді бола алмайды, етеккір қайтадан пайда болуы мүмкін. Міне, біз бір жыл күтеміз, егер етеккір тоқтағаннан кейін бір жыл ішінде бірде-біреуі болмаса, біз айтамыз науқас қазірдің өзінде менопаузаға ұшырады[3]. Яғни, менопаузаның белгілі бір нүктесі бар-бұл соңғы етеккір, бірақ біз әйелдің етеккірі тоқтағаннан кейін бір жылдан кейін ғана диагноз қоямыз.

Бұрын бұл климактериялық кезең деп те аталды ("менопауза" сөзінен - баспалдақ), яғни бір күйден екінші күйге ауысу. Қазір менопауза сөзі негізінен менопауза кезінде пайда болатын бірқатар белгілермен байланысты менопауза синдромымен байланысты, яғни етеккір тоқтағаннан кейін және әйел денесінде әйел жыныстық гормондарының эстроген деңгейі күрт төмендеді[4,5]. Әр әйелдің менопауза жасы әр түрлі; етеккірі 56 – да, тіпті 57-де тоқтайтын әйелдер бар, етеккірі әлдеқайда ертерек тоқтайтын әйелдер бар-38-39 жаста және одан да ертерек. Бірақ, әдетте, бұл кезең - 10 жыл, сақталады - әйел етеккір функциясын тоқтатқанға дейін жүктілікті тоқтатады, соңғы жүктілік деп аталатын жас пайда болады. Біздің популяцияда бұл орта есеппен 41 жас. Яғни, 41 жас-Бұл әйел енді жүкті бола алмайтын стандартты орташа жас. Бірақ әйелдердің бір бөлігінде бұл жас ертерек, әйелдердің бір бөлігінде - кейінірек болады. Біз бүгін бұл туралы айтып отырған жоқпыз, бүгін біз перименопауза кезінде әйелдің проблемалары туралы айтып отырмыз[6,7]. Перименопауза қашан басталады, яғни овуляция функциясының төмендеу белгілері қашан пайда болады? Яғни, бұл етеккір циклінің ауытқуы түрінде көрінеді. Бұл математикалық тұрғыдан дәл емес Анықтама болсын, бірақ халықаралық консенсус бойынша, егер цикл тұрақты болса және бір етеккірдің басталуы басқа етеккірдің басталуынан 7 күннен артық ерекшеленетін болса, онда бұл перименопаузаның басталуы деп есептеледі[8,9].

Әйелдер организмнің биологиялық қартаю шағымен денсаулық көрсеткішінің төмендеуінде климактериялық кезеңде қолайсыз өтеді. Деректерге сүйенетін болсақ, патологиялық климакстың ауыр түрлері әр түрлі экстрагенитальды патологиясы бар әйелдерде жиі кездеседі.[10]

**Мақсаты:** Көпбосанған әйелдердің перименопауза кезеңіндегі соматикалық статусын анықтау

**Зерттеу әдістері мен материалдар:** Соматикалық денсаулықты жан жақты зерттеу мақсатымен, Шымкент қаласындағы дағы 168 көпбосанған 40-55 жас шамасындағы әйелдер таңдалып, оларды 2 топқа бөлінді: 1 топ (n=88) әйелдер анамнезінде 4 және одан да көп және 2 топ (n=80) әйелдер анамнезінде 3 және одан аз босанғандар (салыстыру тобы). Әйелдер ауру тарихтарына талдау жасай келе, бізге белгілі болғаны: экстрагенитальды аурулар 1 әйелге шаққанда 1.51 болды, сонымен қоса, бұл көпбосанушылардың жиілігіне



байланысты емес екендігі белгілі. Дегенмен анемия көпбосанғандар арасында 2 есе, қалқанша без аурулары 1,6 есе, нейро-циркуляторлы дистония 1,8 есе артық болды.

Оларға жалпылама зерттеу жүргізілді, онда: патологиялық климактерия симптомын, ММИ параметрлері, гинекологиялық зерттеу кіші жамбас қуысы ағзаларының УДЗ, пальпация және қалқанша безін УДЗ, бел мен бөксе көлемдерінің қатынас көрсеткіштерін анықтау, қынап бөлінділерінің микроскопиясы, қандағы гонадотроптық, стероидтық және тиреотроптық гормондарды, липидтері мен А,С,Е витаминдері анықталды.

Зерттеуге кірген әйелдердің жастық құрамы.

40-44 жаста аралығындағы 1 топтағы -25 әйел (28,1+4,8)%, 2 топта- 23 әйел (28,9+3,2)%, екі топта да әйелдер саны бірдей болды.

45-49 жаста да салыстыратын әйелдер санымен бірдей болды: -37(42,1+5,3)% және 35(43,8+5,5) %.

50-55 жаста 1 топта -26 (42,1+4,9) әйел, 2 топтан 14,6% көп. 2 топта -22(27,5+5,0)%,  $p > 0,05$ , ортадағы айырмасы анық емес.

Екі топтың климакс ағымына тәуелді әйелдерді 2 топша бөлінді. Бірінші топта перименопаузальды кезеңдегі 40-44 жас аралығындағы 20(25,0+4,6) % әйелдер 1 топта және 16 (20,0+4,5) % 2 топ.

45-49 жас 34(38,6+5,1) және 29(36,3+5,4) %, 50-55 жас-15(17,1+4,0) % және 19(23,8+4,7) %. Менопауза жасындағы әйелдер саны 2 топта да бірдей: 69(78,4+4,4) % және 64(80,0+4,5) %. Постменопауза тобындағы барлық жастағы әйелдер саны салыстырып отырған топтарда бірдей болған – 69 (78,4+4,4) % және 16 (20,0+4,5) % сәйкес топтарда. 40-44 жас аралығындағыларда саны 5(5,7+2,5) % I топта және 8(10,0+3,3) % II топта жас шамасы 45-49 жас – 3(3,4+1,9) % сәйкес. Тек 50-55 жастағы постменопаузадағы әйелдерде күмәнсіз I топта көбірек болды 11 (12,5+3,5) % II топқа қарама-қарсы (2,5+1,7) %.

Қорыта келгенде перименопауза мен постменопауза жастағы топтар бірдей болды, ал постменопаузадағы 50-55 жас аралығындағы әйелдер арасында көпбосанғандар да жиі кездесті.

Климактериялық кезең ағымына да бағалау жүргізілді. Мәліметке сүйенсек 2 кестеде көрсетілген, патологиялық ағым 68(77,3+4,6) % 1 топтікі нақтырақ болды. Ал 2 топта 39(48,8+5,6) %.

Физиологиялық климакстың ағымы кезінде 20(22,7+4,5) % әйел 1 топ 41(51,3+5,6) % 2 топта  $p < 0,05$  анықталды.

Патологиялық климаксы бар әйелдерде көптеген клиникалық көріністер байқалды. Әйелдерге тестілеу жүргізіп, модификациондық индексті 2 топпен анықталды.

Көпбосанған әйелдерде нейровегетативті бұзылыстар ауыр түрі 10,3%, ал салыстыру тобы болмаған жағдайда орта ауырлықтағы нейровегетативты 2,4 есе жиі кездесті. Салыстыру тобындағы әйелдерге қарағанда психоэмоционалды бұзылудың ауыр түрі көп босанушыларда 2,7 есе жиі кездесті. 2,7 есе жиі кездескен көпбосанушыларда 58 баллдан жоғары: осыған орай көпбосанғандар да климактериялық синдром ауыр түрде өтті, әсіресе нейровегетативті және психоэмоционалды бұзылыстар.

Климакс ағымын талдау кезінде урогенитальды бұзылыстар топтар арасында ерекшелігі байқалмады. (4-кесте)

Бактериалды вагиноз жиілігі 2 9(23,1+\_6,8) % топқа қарағанда 1 43(63,2+\_5,9) % топта анық. Диспареуния 1 топта 32(47,1+\_6,1) %, 2 топта 28 (2+\_7,3) % әйелде анықталды,  $p>0,01$ ; несеп ұстай алмауы әйелдерде 1 топта 21(30,9+\_5,6) %, 2 топта 2 (5,1+\_3,6) %,  $p>0,01$ .

**Қорытынды.** Климакстың патологиялық ағымы 68 әйелде 40% анықталды, олар көпбосанғандар арасында. Көпбосанған әйелдерде нейровегетативті бұзылыстар 2,4 есе жиі ал психоэмоционалды 2,7 есе жиі кездесті. Осының салдарынан климактериялық синдром менопаузадағы көпбосанған әйелдерде нейровегетативті пен психоэмоционалды белгілері анық ауыр түрінде өткен.

Әйелдердің қынаптың микрофлорасының зерттеу нәтижесінде кандидоз, лейкоцитоз, бактериалды вагиноз көпбосанғандар арасында жиілігі 2 есе артты.

Май ұлпаларының рекомбинация салдарынан бел және бөксе өлшемдерінің сәйкессіздіктеріне алып келеді. Бел және бөксе өлшемдерінің 0,85 коэффициенті болжамалы жағымсыз метоболикалық синдромның белгісі болып табылады.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

Табеева Г. Р. Цереброваскулярные расстройства у женщин в перименопаузальный период // *Consilium Medicum*. – 2016. – Т. 18. – №. 9. – С. 68-72.

Воронцова А.В., Звычайный М.А. Тканеселективный модулятор эстрогенной активности адекватность «альтернативы» гормональной терапии в постменопаузе // *Уральский медицинский журнал*. 2013. No 4. С. 16–21.

Мазо Г.Э., Ганзенко М.А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода // *Архивъ внутренней медицины*. 2016. №S1.

Ярман С. А. Современные представления о гормональных изменениях в организме женщины при физиологическом течении перименопаузального периода //Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57. – №. 1. – С. 116-123.

Доклад о человеческом развитии-2013. Возвышение Юга: человеческий прогресс в многообразном мире / пер. с англ. М.: Весь мир, 2013. 216 с.

Lesnaya O. A. et al. Сравнительный ретроспективный анализ двух режимов МГТ в отношении влияния на соматический статус пациенток перименопаузального и постменопаузального периода //Трудный пациент.

Kuznetsova I. V. et al. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ //Акушерство и гинекология. – 2016. – №. 5. – С. 126-133.

Саидова Р. А., Алексанян С. Г., Тропынина Е. В. Современные принципы гормональной коррекции нарушений менструальной функции в перименопаузальном периоде //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 46-52.

Корсунская Л. Л., Мещерякова А. В. СТРУКТУРА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ у ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ //Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16. – №. 4. – С. 81-87.

Антонова А. А. и др. Клинико-социальные особенности непсихотических психических расстройств у женщин в перименопаузе //Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 2. – С. 81-84.

ӘОЖ 616.31-084

**Исмаил А., Тасбулатов Н.К.**

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

## **СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ГИГИЕНАЛЫҚ ТӘРБИЕНІҢ РӨЛІ**

### ***Аннотация***

*Стоматологиялық аурулардың алдын алу және емдеу, ауыз қуысының гигиенасы ересектер мен балалардың денсаулығында маңызды рөл атқарады. Барлық профилактикалық шаралар кешенде қабылдануы керек, сонда ғана ұзақ терапияны қажет*

ететін ауыр патологиялардан аулақ болуға болады. Күтім үйде де, клиникада да жасалуы керек, өйткені барлық процедуралар өздігінен орындалмайды. Егер тиімді әдістерді таңдауға қатысты сұрақтар туындаса, тіс дәрігерімен кеңескен дұрыс. Ғылыми жұмысымыз адам денсаулығына әсер ететін ауыз қуысының гигиенасы мәселелеріне бағытталған шаралар туралы әдеби шолу жасадық. Бұл мақалада гигиена мен стоматологиялық аурулардың алдын-алу арасындағы байланысты зерттеу мақсатында көптеген әдебиеттер талданды.

**Кілт сөздер:** дәрігер, алдын алу, тіс кариесі, шолу, гигиена

**Исмаил А., Тасбулатов Н. К.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.  
Шымкент, Казахстан

## **РОЛЬ СИСТЕМЫ ГИГИЕНЫ В ОБРАЗОВАНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **Аннотация**

*Профилактика и лечение стоматологических заболеваний, гигиена полости рта играют важную роль в здоровье взрослых и детей. Все профилактические меры следует принимать комплексно, только тогда можно будет избежать серьезных патологий, требующих длительной терапии. Уход следует проводить как дома, так и в клинике, так как не все процедуры выполняются самостоятельно. Если есть вопросы по выбору эффективных методов, лучше проконсультироваться со стоматологом. Наша научная работа посвящена вопросам гигиены полости рта, влияющим на здоровье человека. В этой статье был проанализирован широкий спектр литературы с целью изучения взаимосвязи между гигиеной и профилактикой стоматологических заболеваний.*

**Ключевые слова:** врач, профилактика, кариес зубов, обзор, гигиена

**Ismail A., Tasbulatov N. K.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **PREVENTION OF DENTAL DISEASES THE ROLE OF HYGIENIC EDUCATION IN THE SYSTEM**

### **Annotation**

*Prevention and treatment of dental diseases, oral hygiene play an important role in the health of adults and children. All preventive measures must be taken in a complex, only then it will be possible to avoid serious pathologies that require long-term therapy. Care must be done both at home and in the clinic, since not all procedures are performed on their own. If there are questions regarding the choice of effective methods, it is better to consult a dentist. Our scientific work has provided a literature review on the types of measures aimed at oral hygiene issues that affect human health. This article analyzed a lot of literature in order to study the relationship between hygiene and the Prevention of dental diseases.*

**Key words:** Doctor, prevention, dental caries, review, hygiene

**Кіріспе:** Адамдардың стоматологиялық денсаулығы қазіргі қоғамның маңызды мәселесі болып табылады. Барлық уақытта тіс денсаулығы ауыз қуысының гигиенасымен сөзсіз байланысты болды, ежелгі емшілер адамның тістері сау болған кезде дені сау адам делінген[1]. Ауыз қуысының кәсіби және жеке гигиенасы стоматологиялық аурулардың алдын алудың негізгі компоненті және халықтың стоматологиялық денсаулығының негізгі көрсеткіші болып табылады [1]. Жоғары таралуы және артуы балалық шақтағы стоматологиялық аурулардың қарқындылығы қызметтегі профилактикалық жұмыстың рөлін күшейту қажеттілігін көрсетеді кез-келген мамандық дәрігері, медициналық қызметті адам денсаулығын сақтауға бағыттайды және стоматологиялық аурулардың алдын-алуды қазіргі заманғы медицинаның өзекті мәселелерінің қатарына қосады . Демек, стоматологиялық аурудың алдын алуға немесе азайтуға мүмкіндік беретін негізгі әдіс-бастапқы профилактиканың әдістері мен құралдары [2].

Тіс кариесінің алғашқы алдын-алудың негізгі әдістері-халықты сауықтыру [3]. Санитарлық-ағарту жұмысында үш бағыт бөлінеді: салауатты өмір салты, денсаулықты сақтау жолдары мен әдістері, аурулардың алдын алу туралы мәліметтерді тарату; салауатты имидждің ережелері мен әдістерін сақтауды насихаттау

тәрбиелеу және сендіру арқылы өмір сүру және алдын алу; гигиеналық оқыту және тәрбиелеу [3].Қазіргі шетелдік және ресейлік әдістемелік және ғылыми әдебиеттерде көптеген қарама қайшы басылымдар бар стоматологиялық аурулардың алғашқы алдын-алу әдістеріне, балалардың жасына, алдын-алу шараларын бастау қажет болған кезде арналған.

Гигиеналық тәрбиенің міндеттері тіс анатомиясы және тіс жегісін тудыратын себептер туралы қарапайым білім алу; дұрыс тамақтану және тіс күтімі ережелері; профилактикалық стоматологиялық құралдар және оларды дұрыс пайдалану, мектепке дейінгі жалпы білім беру мекемесінде салауатты әдеттер мен ауыз қуысын күту дағдыларын қалыптастыру [4].

Көптеген зерттеушілердің пікірінше, гигиеналық халықты оқытуды мектепке дейінгі жаста тістердің рөлі және дені сау тұлғаны қалыптастыру үшін оларға күтім жасау қажеттілігі туралы әңгімеден бастаған жөн. Авторлар бұл жаста балалар мұндай білімді қызықты және көңілді ойын композициясы түрінде қабылдауға қабілетті екенін көрсетеді. Тістерді тазалауға үйрету сабақтарын өткізу ұсынылады гигиеналық манипуляциялардың мәні мен тәртібін міндетті түрде түсіндіре отырып, жақтың үлкен муляждарындағы барлық кезеңдерді көрсететін медицина қызметкерлеріне [5]. Пайда болу себептері

Ауыз қуысындағы патологиялық процестердің дамуының негізгі факторлары:

сапасыз гигиена;

кариес пен басқа патологияларды уақтылы емдемеу;

тұқым қуалайтын бейімділік;

жаман әдеттер (темекі шегу, алкогольді, күшті кофе мен қара шайды теріс пайдалану);

тіс бірліктерінің тығыз орналасуы;

созылмалы аурулардың болуы;

көмірсуларды көп мөлшерде тұтыну;

жүктілік кезіндегі токсикоз;

сілекейдің тұтқырлығының жоғарылауы, оның жоғары минералдану белсенділігі;

тістеу ақаулары;

жарылу мерзімін бұзу және т. б.

Көптеген алғышарттарды профилактикалық шаралар арқылы жоюға болады.

**Мақсаты**-ауыз қуысының гигиенасы мен адам денсаулығы арасындағы байланысты зерттеу.

**Зерттеу әдістер:** стоматологиялық аурулардың алғашқы алдын-алу жүйесіндегі гигиеналық тәрбиенің рөлі туралы әдебиеттерге шолу

**Нәтиже:** Стоматологиялық аурулардың алдын алу тақырыбы өте өзекті, өйткені көптеген зерттеулердің нәтижелері Қазақстан халқы арасында негізгі стоматологиялық аурулардың (тіс кариесі және пародонт ауруы) қарқындылығы айтарлықтай жоғары екенін көрсетеді. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлем халқының 92% - ы тістерін тазалай алмайды[6]. Тіс кариесінің және пародонт ауруларының жоғары таралуы мен қарқындылығы проблеманың ерекше өзектілігін және осы аурулардың алдын-алуды анықтайды. Ресейдің әртүрлі аймақтарындағы балалардағы тіс кариесінің таралуы 60-тан 95% - ға дейін. Мектеп жасындағы балаларда пародонттың қабыну ауруларының таралуы 80% жетеді. Стоматологиялық аурулардың алдын алу-бұл ауыз қуысы ауруларының пайда болуы мен дамуының алдын алу[6]. Алдын алу бағдарламаларын енгізу тіс кариесі мен

пародонт ауруларының қарқындылығының күрт төмендеуіне, жас кезінде тістердің жоғалу жағдайларының айтарлықтай төмендеуіне және тістері бұзылмаған балалар мен жасөспірімдер санының артуына әкеледі.

Біздің елімізде стоматологиялық ауру өте жоғары, егер аурудың дамуына әсер ететін жағдайлар қолайлы бағытта өзгермесе, оның одан әрі өсуін күту керек[7].

Мектепке дейінгі және мектеп мекемелерінде профилактикалық іс-шаралардың болмауы, мектептегі стоматологиялық кабинеттердің болмауы ауыз қуысы ауруларының пайда болуына әкеледі. Бұл біздің зерттеуіміздің өзектілігін растайды[8].

Көптеген әдебиеттерде тіс қақтары тіс кариесінің дамуының себептерінің бірі екенін көрсетеді[9]. Ауыз қуысының кариогендік микрофлорасы кариестің пайда болуының этиологиялық факторы ретінде қызмет етеді. Мұндай микрофлораның пайда болуы және кариестің дамуы басталуы үшін белгілі бір жағдайлардың болуы қажет. Бұл жағдайлар оңай ашытылатын көмірсуларды қабылдау сияқты факторларға айналуы мүмкін, соның арқасында тіс қақтары пайда болады. Кариес егер минералсыздандыру процесі реминерализациядан басым болса пайда болады [10]. Бұл жағдайда тіс эмальының төзімділігі төмен болған кезде тіс жегісі дамуы мүмкін. Зерттеу нәтижесінде анықталғандай, халық ауыз қуысының гигиенасына ерекше мән бермейді, бірақ бұл адам денсаулығының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады[11]. Көптеген адамдар тіпті ауыз қуысының гигиенасын сақтаса да, жағымсыз салдарға әкелетін қателіктер жібереді. Ауыз қуысының қатерлі ісігінің алдын-алудың ең тиімді шараларының бірі-мерзімді профилактикалық тексерулер, содан кейін ауыз қуысының шырышты қабығының созылмалы аурулары анықталған жағдайда диспансерлік бақылау. Алдын алу түрлеріншамамен 3 үлкен топқа бөлуге болады[12]. Біріншісіне патологиялық процестердің алдын алуға мүмкіндік беретін қатты тіндер мен шырышты қабаттарға әсер ету әдістері жатады. Екінші, сондай-ақ үшінші профилактикалық шаралар бар. Олар проблема пайда болған және тән белгілері бар жағдайларда көмекке келеді, бірақ гигиенаға дұрыс көзқараспен және тиімді әдістерді қолдана отырып, тістер мен қызыл иектер қысқа уақыт ішінде қалпына келуі мүмкін. Аурулардың пайда болуына жол бермеу және үйдегі күтімге толық көңіл бөлген дұрыс. Процедуралар үйде де, емханада да жасалады. Бұл тіндердің күйіне, жедел қабынудың болуына және белгілі бір науқаста болуы мүмкін басқа мәселелерге байланысты. Балалық шақтағы стоматологиялық аурулардың жоғары таралуы және қарқындылығының артуы кез-келген мамандық дәрігерінің қызметіндегі профилактикалық жұмыстың рөлін күшейту, медициналық қызметті адам денсаулығын сақтауға бағыттау қажеттілігін көрсетеді және стоматологиялық аурулардың алдын-алуды қазіргі заманғы медицинаның өзекті мәселелерінің қатарына қосады[13]. Демек,

стоматологиялық аурудың алдын алуға немесе азайтуға мүмкіндік беретін негізгі әдіс-бастапқы профилактиканың әдістері мен құралдары [14]. Тіс кариесінің алғашқы алдын-алудың негізгі әдістері-халықты сауықтыру [15]. Санитарлық-ағарту жұмысында үш бағыт бөлінеді: салауатты өмір салты, денсаулықты сақтау жолдары мен әдістері, аурулардың алдын алу туралы мәліметтерді тарату; салауатты өмір салты ережелері мен әдістерін сақтауды насихаттау және тәрбиелеу мен сендіру арқылы алдын алу; гигиеналық оқыту және тәрбиелеу [16]. Қазіргі заманғы шетелдік және ресейлік әдістемелік және ғылыми әдебиеттерде стоматологиялық аурулардың алғашқы алдын-алу әдістеріне, балалардың жасына, алдын-алу шараларын бастау қажет болған кезде көптеген қарама-қайшы басылымдар бар [17]. Көптеген әдебиеттер бляшка тіс кариесінің дамуының себептерінің бірі екенін көрсетеді. Кариестің бастапқы зақымдануы бляшкалардың жиналуы үшін қолайлы жағдайлар жасалған жерлерде пайда болады (шұңқырлар мен жарықтар, жақын беттерде және мойын аймағында). Ауыз қуысының кариогендік микрофлорасы кариестің пайда болуының этиологиялық факторы ретінде қызмет етеді. Мұндай микрофлора пайда болып, кариестің дамуы басталуы үшін белгілі бір жағдайлардың болуы қажет, бұл жағдайлар оңай ашытылатын көмірсуларды қабылдау сияқты факторларға айналуы мүмкін, соның арқасында тіс бляшкасы пайда болады. Кариес минералсыздандыру процесі реминерализациядан басым болған жағдайда пайда болады. Бұл жағдайда тіс эмальының төзімділігі төмен болған кезде тіс жегісі дамуы мүмкін [17].

Ауыз қуысы-тұрақты микрофлораны құрайтын әртүрлі микроорганизмдер үшін бірегей экожүйе. Бай қоректік орта; тұрақты ылғалдылық, РН мен температураның оңтайлы мәні әртүрлі микроорганизмдердің адгезиясына, колонизациясына және көбеюіне және нәтижесінде әртүрлі стоматологиялық аурулардың дамуына қолайлы жағдай жасайды [19]. Сондықтан олардың алдын-алудың ең тиімді және қарапайым және қол жетімді шараларының бірі-дұрыс және тиімді стоматологиялық күтім [20]. Бұл ретте профилактикалық іс-шараларды жүргізу ауызша гигиена жағдайына әсер ететін барлық факторларды ескеретін жеке тәсілді талап етеді. Алайда, халықтың тек 9,27%-ы күніне 1-ден астам рет тістерін жуады, ал халықтың 11,3% - вообще ауыз қуысының күтімі мүлдем жоқ. Алайда пациенттер тіс тазалауды жеке ауыз қуысының гигиенасы үшін негізгі құралдармен дұрыс жүргізбейді, сондықтан бұл әдістің қол жетімділігі мен тиімділігіне қарамастан бляшканы толық механикалық жою жүргізілмейді. Бұл көп жағдайда ата-аналардың балаларға қарапайым Дағдылар мен жеке гигиена ережелерін үйретпеуіне байланысты. Ауыз қуысының гигиенасына деген көзқарастың қалыптасуының тағы бір себебі-білім деңгейі,



әлеуметтік жағдайлар [21]. Халық және ауыз қуысының гигиенасы, негізгі профилактикалық және емдік әсері туралы түсінік жоқ [22]

**Қорытынды:** Балалар мен жасөспірімдерде тіс кариесінің алдын алу мәселесі стоматологиядағы ең өзекті мәселелердің бірі болып қала береді.

Қазіргі уақытта Қазақстанда балалар мен жасөспірімдерде стоматологиялық аурулардың алдын алу өте нашар әзірленген және қолда бар материалдық, техникалық және кадрлық қамтамасыз ету шегінде қандай да бір тиімді нысандар мен әдістер жоқ. Профилактиканың медициналық аспектілері адамның биологиялық мәнін терең түсінуге де, мақсатты профилактикалық шаралар жүзеге асырылатын аурулардың этиологиясы мен патогенезін білуге де негізделуі керек. Профилактикалық жұмыс Қарапайым процедуралардан тұрады, олардың көпшілігін пациенттердің өздері және олардың ата-аналары жасай алады. Ең қиыны-оның қажеттілігіне сендіру. Әрбір жеке пациент үшін сандармен алдын-алудың тиімділігін бағалау өте қиын. Баланың, атап айтқанда, оның тіс-жақ жүйесінің үйлесімді өсуі мен дамуына жағдай жасау тек ата-аналардың, тіс дәрігерлерінің және гигиенистердің бірлескен күш-жігерімен қамтамасыз етілуі мүмкін. Осылайша, көптеген ғылыми әдебиеттерді талдай отырып, ауыз қуысының гигиенасы стоматологиялық аурулардың алдын алудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады деген қорытынды жасауға болады.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Леонтьев В. К., Пахомов Г. Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – КМК Инвест, 2006. – С. 416.
2. Тарасова Н.В., Брил Е.А., Федорова Т.В., Федоров В.А., Галонский В.Г. Стоматологиялық аурулардың алғашқы алдын-алу жүйесіндегі гигиеналық тәрбиенің рөлі // Сібір медициналық шолуы. 2012. №4.
3. Никонова А. В. и др. Профилактика стоматологических заболеваний //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – №. 11-5. – С. 82-84.
4. Медведева Е.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. Радиоактивті ластану аудандарында тұратын адамдарда тістердің қатты тіндерінің ауруларының алдын алу шаралары //Халықаралық қолданбалы және іргелі зерттеулер журналы. 2015. - № 12-1. - 79-82 б.
5. Кисельникова Л. П., Попова Н. С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных //Институт стоматологии. – 2011. – №. 1. – С. 86-87.

6. Добровольская П. Э., Ковалёва А. С. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе //Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №. 11-6. – С. 840-847.
7. Беленова И. А. и др. Современные возможности профилактики стоматологических заболеваний //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7. – №. 1. – С. 188-191.
8. Нагайцева Е. А. Гигиена полости рта как профилактика стоматологических заболеваний //Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №. 2. – С. 41-41.
9. Орехова Л. Ю. и др. Особенности стоматологического статуса у пациентов с сахарным диабетом и беременных женщин. Меры профилактики стоматологических заболеваний у данных групп пациентов (обзор литературы) //Пародонтология. – 2014. – Т. 19. – №. 4. – С. 18-25.
10. Кисельникова Л. П., Таболова Е. Н., Мирошкина М. В. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей школьного возраста //Стоматология для всех. – 2008. – №. 1. – С. 52-56.
11. Жаркова О. А. Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 94-101.
12. Михальченко Д. В., Михальченко А. В., Корнеева Н. М. Проблемы мотивации студентов к профилактике стоматологических заболеваний //Фундаментальные исследования. – 2014. – №. 7-1. – С. 129-132.
13. Камалова Ф. Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей страдающих с сахарным диабетом //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 383-386.
14. Кабулбеков А. А. Профилактика стоматологических заболеваний у детей //Наука о жизни и здоровье. – 2012. – Т. 18. – №. 2. – С. 71-73.
15. Земляниченко М. К., Лебедева С. Н. Использование хлоргексидинсодержащих средств для профилактики стоматологических заболеваний //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – №. 1. – С. 311-312.
16. Косюга С. Ю., Лекомцева О. В. Роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний у школьников 14 лет //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – №. 5-1. – С. 113-118.

17. Борчалинская К. К. Влияние экологических факторов на эффективность профилактики стоматологических заболеваний у детей : дис. – Московский государственный медико-стоматологический университет, 2005.
18. Кустов И. Н. Профилактика стоматологических заболеваний населения //Гигиена и санитария. – 2008. – №. 5. – С. 36-37.
19. Кустов И. Н. Профилактика стоматологических заболеваний населения //Гигиена и санитария. – 2008. – №. 5. – С. 36-37.
20. Лобовкина Л. А., Романов А. М. Роль фторсодержащих препаратов в профилактике стоматологических заболеваний //Современная стоматология. – 2013. – №. 2. – С. 13-14.
21. Журбенко В. А. и др. Гигиена полости рта–методпрофилактики стоматологических заболеваний //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – №. 4-2. – С. 300-300.
22. Ямщикова Е. Е. Профилактика стоматологических заболеваний у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью //Дис. к. м. н. – 2010. – С. 0-10.

ӘОЖ 618.177-089.888.11

**Ерехан Б., И.С. Саркулова**

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ., Қазақстан

## **БЕДЕУЛІКТІ ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕР**

### **Аннотация**

*Бір жыл бойы ешқандай контрацептивтерді қолданбай тұрақты жыныстық қатынасқа қарамастан, ерлі-зайыптылар бала туатын жаста болған жағдайда жүктілік болмайтын неке бедеулік деп танылады. Жүктілікке қажетті уақыт жас ұлғайған сайын артады; 35 жастан асқан әйелдер үшін акушер-гинекологпен тексеру және емдеу үшін консультация табиғи жолмен бала туудың 6 айлық сәтсіз әрекеттерінен кейін басталуы керек. Бірақ диагностика етеккір циклі тұрақты емес немесе бедеуліктің белгілі қауіп факторлары бар әйелдерде ертерек басталуы мүмкін, мысалы. эндометриоз, анамнезінде жамбас мүшелерінің қабыну аурулары немесе ұрпақты болу жолдарының ақаулары. Жүктіліктің басталуына кететін уақыт жас ұлғайған сайын артады; 35 жастан асқан әйелдер үшін акушер-гинекологпен тексеру және емдеу үшін кеңес беру 6 ай бойы табиғи Тұжырымдаманың сәтсіз әрекетінен кейін басталуы керек. Дегенмен, диагноз етеккір циклі тұрақты емес немесе эндометриоз, жамбас қабынуының тарихы немесе ұрпақты болу*

жолдарының ақаулары сияқты бедеуліктің белгілі қауіп факторлары бар әйелдерде ертерек басталуы мүмкін.

**Кілт сөздер:** репродуктивтік жас, бедеулік, зерттеу, тексеру, етеккір циклы

**Ерехан Б., И.С.Саркулова**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.  
Шымкент, Казахстан

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ

### *Аннотация*

*Несмотря на постоянный половой акт без использования каких-либо противозачаточных средств в течение года, бесплодием признается брак, в котором беременность не наступает, если пара находится в детородном возрасте. Время, необходимое для беременности, увеличивается с возрастом; для женщин старше 35 лет консультация акушера-гинеколога для обследования и лечения должна начинаться после 6 месяцев неудачных попыток естественного зачатия. Но диагностика может начаться раньше у женщин с нерегулярным менструальным циклом или известными факторами риска бесплодия, например, эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе или пороки развития репродуктивных путей. Время, необходимое для наступления беременности, увеличивается с возрастом; для женщин старше 35 лет Консультация акушера-гинеколога для обследования и лечения должна начинаться после неудачной попытки естественного зачатия в течение 6 месяцев. Однако диагноз может быть поставлен раньше у женщин с нерегулярными менструальными циклами или известными факторами риска бесплодия, такими как эндометриоз, воспаление таза в анамнезе или пороки развития репродуктивных путей.*

**Ключевые слова:** репродуктивный возраст, бесплодие, исследование, обследование, менструальный цикл

**Yerekhan B., I.S.Sarkulova**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakstan

## MODERN METHODS OF INFERTILITY TREATMENT

### *Annotation*

*Despite constant sexual intercourse without the use of any contraceptives for a year, infertility is recognized as a marriage in which pregnancy does not occur if the couple is of childbearing age. The time required for pregnancy increases with age; for women over 35, the consultation of an obstetrician-gynecologist for examination and treatment should begin after 6 months of unsuccessful attempts at natural conception. But diagnosis may begin earlier in women with irregular menstrual cycles or known risk factors for infertility, for example, endometriosis, a history of pelvic inflammatory diseases or malformations of the reproductive tract. The time required for pregnancy increases with age; for women over 35, consultation with an obstetrician-gynecologist for examination and treatment should begin after an unsuccessful attempt at natural conception within 6 months. However, the diagnosis may be made earlier in women with irregular menstrual cycles or known risk factors for infertility, such as endometriosis, a history of pelvic inflammation or malformations of the reproductive tract.*

**Keywords:** reproductive age, infertility, research, examination, menstrual cycle

**Маңыздылығы:** Бедеулік әлемдік деңгейдегі өткір әлеуметтік және демографиялық проблема болып табылады-тек ресми статистикаға сәйкес, әлемдегі ерлі-зайыптылардың 15% - ы жүкті бола алмайды[1]. Осы жағдайлардың жартысында әйелдердің ұрпақты болу жүйесінің әртүрлі бұзылыстары себеп болады. Бұл проблема тек әйелдер мен олардың жұбайларына ғана қатысты емес, бұл жалпы демографиялық жағдайға, экономикаға әсер етеді. Сондықтан бедеулікті диагностикалау және емдеу қазіргі медицинаның басым бағыттарының бірі болып табылады. Мойындау керек, бұл салада ғылым соңғы онжылдықтарда шынымен де серпіліс болмаса, кем дегенде алға қадам жасады2].

Әйелдердің бедеулігінің себептері:Репродуктивті медицинадағы бедеулік дегеніміз-ерлі-зайыптылардың контрацепцияны қолданбай тұрақты жыныстық қатынас болған кезде 12 ай бойы бала көтере алмауы. Бұл патология келесі себептерге байланысты дамиды:

Репродуктивті органдардың қалыптан тыс құрылымы. Әйел жыныс жүйесінің анатомиялық бұзылыстары туа біткен (генетикалық қателіктерге байланысты) немесе жарақаттар, ауыр босану, хирургиялық араласу, қабыну және жұқпалы аурулар нәтижесінде пайда болуы мүмкін. Олар сперматозоидтардың жатыр қуысына енуіне, жұмыртқаның пайда болуына немесе оның жатыр түтіктері арқылы өтуіне кедергі келтіруі мүмкін[3].

Жасқа байланысты өзгерістер. 35 жастан кейін әйелдерде жасушалардағы хромосомалық қателер саны күрт артады. Осыған байланысты ооциттер дұрыс жетілмейді және олардың құнарлылығы Тұжырымдаманың толық мүмкін достігіне дейін айтарлықтай төмендейді. Сонымен қатар, жас ұлғайған сайын аналық бездердің резерві төмендейді,

өйткені ооциттердің қоры шектеулі және олар қалыпты овуляция кезінде біртіндеп жұмсалады[4].

Гормоналды бұзылулар. Репродуктивті функция аналық бездер мен гипофиз шығаратын гормондар кешенімен реттеледі. Олардың қалыпты концентрациясымен овуляция, жатырдың эндометриясының өсуі және сәтті тұжырымдама үшін маңызды басқа процестер бұзылуы мүмкін. Гормоналды бұзылулар аурулардан (мысалы, ісіктер, кисталар), дәрі-дәрмектерден, контрацептивтерден туындайды[5].

Иммундық жауаптың бұзылуы. Көбінесе бедеулік әйел денесі еркек сперматозоидтарды патогендік микроорганизм ретінде қабылдағандықтан пайда болады. Ол шығаратын антиденелер аталық жыныс жасушаларын өлтіреді, олардың жұмыртқаны ұрықтандыруына жол бермейді. Иммунологиялық бедеулік инфекцияларға, сперматозоидтардың компоненттеріне аллергиялық реакцияға, қынаптағы қабыну процестеріне байланысты пайда болады.

Психикалық бұзылулар, стресс. Көбінесе әйелдердегі бедеуліктің себебі эмоционалды бұзылулар болып табылады. Олар психикалық және/немесе физикалық жарақаттардан (мысалы, жыныстық зорлық-зомбылықты бастан кешіру), жұмыстағы стресстен, жүктілік пен босанудан қорқудан, балалы болғысы келмеуден туындауы мүмкін..

**Мақсаты:** әйел бедеулігінің қазіргі көзқарастар бойынша зерделеу және бедеуліктің заманауи әдістеріне әдеби шолу жасау .

**Зерттеу әдістері және материалдар:** Қойылған мақсаттың шешімі ретінде бедеуліктің заманауи әдістеріне әдеби шолу жасау жүргізілді.

**Зерттеу нәтижелері:** әйел бедеулігінің дүние жүзінде және ҚР кездесу жиілігі, әйел бедеулігінің этиологиясы әр түрлі, ал ДДҰ деректері бойынша барынша елеулі факторлар овуляциялық бұзылыстар (30-40%), жатыр түтігінің патологиясы (25-30%) және әр түрлі гинекологиялық аурулар (15-25%) болып табылады. Бедеулікті туындататын негізгі факторларға: эндокриндік нысандағы ауытқулар, түтіктік перитонеальды бедеулік, түтіктің әртүрлі қабыну аурулары және генезі анықталмаған бедеулік жатады. ҚР да әйелдер бедеулігінің ең жиі және күрделі түрі - эндокринді негіздегі бедеулік болып табылады, жиілігі 35-40% арасында өзгеріп отырады. Бұл ретте түтіктік- перитонеальды бедеуліктің үлес салмағы 23,9%-ды құрайды[6]. Статистика мәліметтері бойынша ҚР—да 4,3% жағдайда бедеулік аналық без поликистозы синдромына байланысты, яғни 10000 әйел арасында 60 әйел. Ұрпақты болу жасындағы әйелдердің арасында гинекологиялық аурулардың ішінде жатыр мойнының ісіксіз аурулары, оның ішінде жатыр мойнының эрозиясы 10-15,5%-ды

кұрайды. Әйелдер арасында біріншілік және екіншілік бедеулікке алып келетін ауру – созылмалы аднексит болып табылады. Әйелдер мен ерлердің бедеулігінің себептері[7,8].

Әйел бедеулігі.Бұл диагноз ұрпақты болу жүйесіндегі әртүрлі бұзылуларға байланысты тұжырымдама мүмкін болмайтын жағдайларда қойылады.Патологиялық себептердің көп саны бар, бірақ олардың негізгілеріне мыналар жатады:

Жатыр түтіктерінің, аналық бездердің кистасының өткізгіштігінің бұзылуы, жұмыртқаның жетілу процестерінің бұзылуы[10,11].

Эндометриоз, репродуктивті жүйе мүшелерінің дамуы мен құрылымының туа біткен және жүре пайда болған ауытқулары, ісіктер, генетикалық факторлар және инфекциялар да жүктіліктің алдын алады.

Ерлердің бедеулігі.Негізгі себептері: варикоцеле, операциядан кейінгі тыртықтар, тарылу, жабысулар, аталық бездің жарақаты, гормоналды бұзылулар, генетикалық фактор, белгісіз шығу тегі бедеулігі де ерекшеленеді[12,13]. Бұл диагноз серіктестерді кешенді тексеруден кейін жанама немесе тікелей тұжырымдамаға байланысты проблемаларға әкелуі мүмкін патологиялар анықталмаған кезде қойылады, бірақ соған қарамастан ол болмайды.Бедеуліктен құтылудың ықтималдылығын арттыратын жағдайлардың бірі – ауруды ерте анықтау. Ерте анықталған бедеулікті емдеуде ерте басталады.

Бедеулікті диагностикалау:Бедеулікті тиімді емдеу үшін патологияның себебін анықтаудың дәлдігі маңызды. Осы мақсатта қазіргі медицинада диагностикалық шаралар кешені қолданылады, соның ішінде:

Анамнезді жинау-дәрігер пациентпен кеңесіп, оның медициналық картасын зерттейді, ол бастан өткерген аурулар мен оларды емдеу, бұрынғы жүктілік (егер бар болса) және жүкті болу әрекеттері, етеккір циклі, қолданылатын контрацепция әдістері және т. б. туралы біледі.;

Жамбас ультрадыбыстық-трансвагинальды түрде жүзеге асырылады және репродуктивті органдардың мөлшерін, орналасуын, пішінін бағалауға, ісіктерді (ісіктер, кисталар) анықтауға мүмкіндік береді;

Сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі-оның көмегімен сүт безі тіндерінің құрылымы зерттеледі, неоплазмалардың (ісіктер, кисталар) болуы анықталады, 35 жастан асқан әйелдерде ультрадыбыстық зерттеудің орнына ммография жасалады;

Қан мен зәр анализі - олардың көмегімен жыныстық гормондардың деңгейі, инфекциялардың болуы (АИТВ, В және С гепатиттері, мерез), қанның үю көрсеткіштері, онкологиялық маркерлер, биохимиялық құрам анықталады;

Жағындылар-қынаптан немесе жатыр мойнынан алынады, қынаптық инфекцияларға, қалыптан тыс жасушаларға, биохимиялық құрамға, антиденелерге тексеріледі[9].

Бедеулікті диагностикалау сонымен қатар гистероскопия, магниттік-резонанстық және компьютерлік томография, энцефалография және басқа зерттеу әдістерін қамтуы мүмкін. Сонымен қатар, жыныстық серіктестің/жұбайының репродуктивті жүйесін тексеру, қан мен зәр анализін тапсыру, спермограмма жүргізіледі[14,15].

**Қорытынды:** Заманауи акушер-гинеколог мамандардың қазіргі таңдағы қиын мәселелерінің бірі отбасындағы бедеулік болып отыр. Ұсынылып отырған заманауи емдеу әдістері жас жұбайлардағы бедеулікті тексеру мен емдеуге көмектесуі мүмкін. Бедеулікті емдеудің тиімділігіне ерлі-зайыптылардың екеуінің де, әсіресе әйелдің жасы әсер етеді (жүктілік ықтималдығы 37 жастан кейін күрт төмендейді). Сондықтан бедеулікті емдеу мүмкіндігінше ерте басталуы керек. Ал сіз ешқашан үміт үзбеуіңіз керек. Бедеуліктің көптеген нысандарын дәстүрлі немесе балама емдеу әдістерін қолдану арқылы түзетуге болады.

#### Әдебиеттер тізімі

1. Назаренко Т. А., Дуринян Э. Р., Перминова С. Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин //Гинекология. – 2004. – Т. 6. – №. 6. – С. 323-325.
2. Овсянникова Т. В., Камилова Д. П., Феоктистов А. А. Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака //Гинекология. – 2009. – Т. 11. – №. 4. – С. 30-33.
3. Овсянникова Т. В., Куликов И. А. Бесплодный брак: алгоритмы диагностики и лечения //Эффективная фармакотерапия. – 2016. – №. 22. – С. 24-27.
4. Данкович Н. А., Воробей-Виховская В. Н. Причины и формы бесплодия. Современные возможности диагностики и лечения //Здоровье женщины. – 2013. – №. 3. – С. 192-197.
5. Овсянникова Т. В., Макаров И. О., Камилова Д. П. Бесплодный брак: принципы диагностики и лечения //Эффективная фармакотерапия. – 2012. – №. 18. – С. 7-9.
6. Тасова З. Б. Совершенствование лечебно-профилактической помощи женщинам, страдающим бесплодием : дис. – Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.
7. Леваков С. А. и др. Современный взгляд на бесплодный брак //Клиническая практика. – 2010. – №. 3 (3). – С. 92-97.
8. Фаррух Ш., Шерназаров С. Причины, методы лечения, диагностика и диагностика бесплодия у пожилых женщин //IQRO. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 263-279.



9. Витязева И. И. Инновационные технологии в лечении бесплодия у пациентов с эндокринопатиями //Доктор. ру. – 2009. – №. 6-2. – С. 39-42.
10. Михайлова Н. Д. и др. Современные методы лечения бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников //Акушерство и гинекология. – 2021. – №. 7. – С. 37-44.
11. Смолей Н. А. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия //ББК 57.16+ 57.3 я43 А437. – 2020. – С. 96.
12. МИРЗААХМЕДОВА К. Т., КУРБАНБАЕВА Г. С. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ //ББК 60 А 43. – 2019. – С. 98.
13. Леваков С. А. и др. Современный взгляд на бесплодный брак //Клиническая практика. – 2010. – №. 3 (3). – С. 92-97.
14. Авраменко Н. В. Современные методы диагностики в репродуктологии //Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №. 5. – С. 89-96.
15. Калинина Н. С., Петров Ю. А. Использование вспомогательных репродуктивных технологий и малоинвазивной хирургии при лечении бесплодия воспалительного генеза //Главный врач Юга России. – 2019. – №. 5 (69). – С. 46-49.

ӘОЖ 613.95

**Гуламова Д., Туганбаева А.Т.**

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

### **ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫ (әдеби шолу)**

#### ***Аннотация***

*Балалар мен жасөспірімдердің гигиенасы-профилактикалық медицина саласы, оның міндеттері денсаулықты сақтау және нығайту, функцияның оңтайлы деңгейін және балалар мен жасөспірімдер денесінің қолайлы дамуын қолдау болып табылады. Дұрыс гигиеналық дағдыларды үйрету бала кезінен басталуы керек, мұнда ата-аналардың қатысуы мен хабардар болуы үлкен рөл атқарады. Әйелдің репродуктивті функциясының қалыптасуымен гормоналды фон мен қынаптың микробтық экожүйесі белсенді түрде өзгереді. Жеке гигиенаны сақтамау қабыну ауруларының, соның ішінде вульвовагиниттің дамуына бейім фактор болып табылады. Осы аурулардың пайда болуын болдырмау үшін тек жастардың ғана емес, сонымен бірге халықтың барлық топтарының репродуктивті білімі маңызды болып табылады. Қыздар мен жасөспірімдердің гигиенасы-*

*профилактикалық медицина саласы, оның міндеттері денсаулықты сақтау және нығайту, функцияның оңтайлы деңгейін және балалар мен жасөспірімдер денесінің қолайлы дамуын қолдау болып табылады. Дұрыс гигиеналық дағдыларды үйрету бала кезінен басталуы керек, мұнда ата-аналардың қатысуы мен хабардар болуы үлкен рөл атқарады. Әйелдің репродуктивті функциясының қалыптасуымен гормоналды фон мен қынаптың микробтық экожүйесі белсенді түрде өзгереді. Жеке гигиенаны сақтамау қабыну ауруларының, соның ішінде вульвовагиниттің дамуына бейім фактор болып табылады.*

**Кілтті сөздер:** *жөспірім, қыздар, гигиена, денсаулық, ауру, профилактика*

**Гуламова Д., Туганбаева А. Т.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,  
Шымкент, Қазақстан

### **ГИГИЕНА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (обзор литературы)**

#### **Аннотация**

*Гигиена детей и подростков-область профилактической медицины, задачами которой являются сохранение и укрепление здоровья, поддержание оптимального уровня функции и благоприятного развития организма детей и подростков. Обучение правильным гигиеническим навыкам должно начинаться в детстве, где большую роль играют участие и осведомленность родителей. С формированием репродуктивной функции женщины активно меняется гормональный фон и микробная экосистема влагалища. Несоблюдение личной гигиены является предрасполагающим фактором к развитию воспалительных заболеваний, в том числе вульвовагинита. Репродуктивное образование не только молодых людей, но и всех слоев населения имеет важное значение для предотвращения возникновения этих заболеваний. Гигиена девочек и подростков-это область профилактической медицины, задачами которой являются сохранение и укрепление здоровья, поддержание оптимального уровня функции и благоприятного развития детского и подросткового организма. Обучение правильным гигиеническим навыкам должно начинаться в детстве, где большую роль играют участие и осведомленность родителей. С формированием репродуктивной функции женщины активно меняется гормональный фон и микробная экосистема влагалища. Несоблюдение личной гигиены является предрасполагающим фактором к развитию воспалительных заболеваний, в том числе вульвовагинита.*

**Ключевые слова:** *кашель, девочки, гигиена, здоровье, болезни, профилактика*

**Gulamova D., Tuganbayeva A. T.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent,

**HYGIENE OF ADOLESCENT GIRLS (literature review)**

***Annotation***

*Hygiene of children and adolescents is a branch of Preventive Medicine, the tasks of which are to maintain and strengthen health, support the optimal level of function and the favorable development of the body of children and adolescents. Teaching the correct hygiene skills should begin in childhood, where the participation and awareness of parents plays a major role. With the formation of a woman's reproductive function, the hormonal background and the microbial ecosystem of the vagina are actively changing. Lack of personal hygiene is a predisposing factor for the development of inflammatory diseases, including vulvovaginitis. To prevent the occurrence of these diseases, reproductive education not only of young people, but also of all segments of the population is of paramount importance. Hygiene of girls and adolescents is a branch of Preventive Medicine, the tasks of which are to maintain and strengthen health, support the optimal level of function and the favorable development of the body of children and adolescents. Teaching the correct hygiene skills should begin in childhood, where the participation and awareness of parents plays a major role. With the formation of a woman's reproductive function, the hormonal background and the microbial ecosystem of the vagina are actively changing. Lack of personal hygiene is a predisposing factor for the development of inflammatory diseases, including vulvovaginitis.*

***Key words:*** *diaper, girls, hygiene, health, disease, prevention*

**Кіріспе.** Қазіргі заманда профилактикалық медицина өзектілігін жоғалтпайды және халықтың әртүрлі топтарының, соның ішінде жас ұрпақтың денсаулығын сақтау мен нығайтуда жетекші рөл атқарады. Профилактикалық медицинаның маңызды бөлігі-бұл әйел денесінің бүкіл даму кезеңінде маңызды рөл атқаратын жеке гигиенасы. Балалар мен жасөспірімдердің гигиенасы профилактикалық медицинаның маңызды бағыты болып табылады, ол балалардың қоршаған ортасы мен белсенділігінің жағдайларын, сондай-ақ олардың өсіп келе жатқан ағзаның денсаулығы мен функционалдық жағдайына әсерін зерттейді және денсаулықты сақтауға және нығайтуға, функцияның оңтайлы деңгейін қолдауға және балалар мен жасөспірімдер денесінің қолайлы дамуына бағытталған ғылыми негіздер мен практикалық шараларды әзірлейді [1].

**Қыздар мен жасөспірім қыздардың гигиеналық принциптері.** Балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын қорғау олардың өмірінің ересек кезеңінде аурулардың

дамуын болдырмау және репродуктивті әлеуетті сақтау үшін үлкен маңызға ие, бұл өз кезегінде елдің экономикалық және еңбек құрамдас бөлігінің дамуын, оның ұлттық қауіпсіздігін анықтайды. Атап айтқанда, гинекологиялық патологияның алдын-алудың маңызды бөлігі сыртқы жыныс мүшелеріне күтім жасауды қамтитын интимдік гигиена болып табылады, Бұл әйел жыныс жүйесінің оңтайлы жұмысына ықпал етеді. Әйелдер гигиенасы келесі принциптерге бөлінеді: жыныс жолдарының кездейсоқ микрофлорамен байланысын азайту, оңтайлылық, асептика принциптеріне сәйкестік, табиғи кедергілердің тұтастығын сақтау, гигиеналық мінез-құлық стилін таңдау еркіндігі және жеткіліктілік [2]. Осы қағидаттарды жүзеге асыру үшін сыртқы жыныс мүшелерінің тазалығын сақтау, микротраумалардың дамуына жол бермеу, гигиеналық күтімнің шамадан тыс болуын болдырмау, гигиеналық әдістердің артықшылықтары мен кемшіліктері туралы хабардар болу қажет.

Ата-аналар кішкентай қыздар, сондай-ақ жасөспірім қыздар арасында дұрыс гигиенасын бақылау қажет. Бұл ата-аналар, әсіресе аналар, денсаулыққа, шеберлікке және жеке гигиена құралдарын дұрыс қолдануға саналы көзқарасты қалыптастыруда маңызды рөл атқарады. Алайда, өкінішке орай, барлық ата-аналар дұрыс гигиеналық күтім туралы жеткілікті білмейді. Осыған байланысты гигиеналық күтімнің негізгі ережелерін ажыратуға болады:

хош иістендірілмеген сабын немесе су негізіндегі кремді қолданып, денені жұмсақ сүлгімен ақырын, бірақ мұқият кептіретін күнделікті гигиеналық душ қажет;

жұмсақ дәретхана қағазын алдыңғыдан артқа қарай дұрыс пайдалану;

үйкеліс пен жоғары ылғалдылықты тудырмайтын ыңғайлы мақта іш киімді кию;

іш киімді жуу кезінде арнайы құралдарды қолдану және оны мұқият шаю;

ваннаны қабылдаған кезде химиялық қоспалар мен хош иісті көбіктендіргіштерден аулақ болыңыз;

су айдындары мен бассейндерде жүзгеннен кейін міндетті түрде душ қабылдау және сыртқы жыныс мүшелерін жуу;

табиғи материалдардан жасалған бос киім кию, ұйықтау үшін бос пижаманы немесе ұзын түнгі көйлекті пайдалану.

**Қыздар мен жасөспірім қыздар гигиенасының жас ерекшеліктері:** Қыздардың дамуының негізгі кезеңдерінің бірі-жыныстық даму, ол дененің барлық жүйелері деңгейінде, әсіресе репродуктивті салада көптеген құрылымдардың глобалдық өзгерістерімен бірге жүреді. Репродуктивті функцияның даму ерекшелігі-белсенді өзгертін гормоналды фон. Әйел денесінің физиологиялық эстрогенизациясы қынаптың эпителий қабатының

қалыңдығының артуына әкеледі, ал қынаптық эпителий жасушаларында гликоген жиналады, бұл лактобактериялардың өсуі үшін тамаша субстрат болып табылады, лактобактерияларды адсорбциялау үшін рецепторлардың саны артады, содан кейін оларды колонизациялау. Қынап сұйықтығының амилазасының әсерінен гликоген декстриндер мен мальтоза дисахаридіне дейін гидролитикалық ыдырауға ұшырайды. Мальтоза одан әрі глюкозаның екі молекуласына бөлінеді, оны лактобактериялар тиісті ашыту түрлерінде қолданады [3]. Ашытудың соңғы өнімі-бұл микробқа қарсы әрекет түрінде қорғаныс функциясы бар сүт қышқылы. Осылайша, қынаптық ортаның қышқылға ауысуы бар (РН 3,8–4,5 дейін). Мұндай РН кезінде сүт қышқылы баквагинозбен байланысты бактерияларды тежейтін Бактерицидтік әсерге ие.

Қынаптың қалыпты биоценозын сақтау лактобактериялардың саны мен түрлерімен, қынап пен Жатыр мойнының морфологиялық және гистологиялық ерекшеліктерімен, сондай-ақ қынап сұйықтығының биохимиялық қасиеттерімен анықталады. Қынаптық сұйықтықтың құрамы көп компонентті болып табылады және жатыр мойны бездері шығаратын шырышты, қынап қабырғаларының қабыршақтанған эпителийін, фагоциттерді, макрофагтарды, аутолизденген жасушалардың фрагменттерін, микроорганизмдерді қамтиды. Әдетте, жыныс жолдарынан бөліну мөлдір, сұйық консистенциясы және иіссіз. Ағызу мөлшері етеккір циклінің фазасына байланысты өзгереді. Менструациядан кейін олар аз, циклдің ортасында-көп, олар мөлдір. Менструация алдында олардың саны азаяды, бірақ олар қалыңдайды. Қынаптың микроэкожүйесі-бұл оның барлық компоненттеріне байланысты тұтас жүйе. Сонымен қатар, ол иммундық және репродуктивті жүйелердің өзара әрекеттесуімен қамтамасыз етілетін өзін-өзі реттеуге қабілетті.

Менархенің басталуымен жасөспірім қыздар етеккір қанын жинау құралдарын қолдануға байланысты гигиеналық күтімнің жаңа міндеттеріне, күнделікті күтімнің ерекше режиміне тап болады. Осы кезеңде интимдік гигиенаға немқұрайлы қарау етеккір қанының тітіркендіргіш әсеріне, терінің және жыныс мүшелерінің шырышты қабаттарының тосқауыл қасиеттерінің төмендеуіне байланысты инфекциялардың даму қаупінің жоғарылауына ықпал етеді. Вульвовагинит және жеке гигиена ережелерін бұзудан пайда болады. Сондықтан жеке гигиенаға аса мұқият көңіл аударған жөн.

**Вульвовагиниттің этиологиясы, клиникасы және диагностикасы.** Қыздарда жеке гигиена ережелерін сақтаудың төмен деңгейі қабыну ауруларының дамуына ықпал ететін факторлардың бірі болып табылады. Қыздар мен жасөспірім қыздардағы ең көп таралған гинекологиялық патология-вульвовагинит. Бұл ауру, әр түрлі дереккөздерге сәйкес, 12-93% жағдайда кездеседі, ал 60% жағдайда вульвовагинит қайталанатын түрге ауысады [4, 5].

Анатомиялық, физиологиялық және мінез-құлық факторлары вульвада және қынапта микроорганизмдердің сақталуы мен көбеюіне қолайлы жағдай жасайды, бұл қынаптық микробиотаның тепе-теңдігін бұзады [6]. Жыныстық жетілуге дейінгі кезеңде гипоэстрогендік жағдай қынаптың шырышты қабығының инфекцияға бейімділігін арттырады [7]. Қынаптың шырышты қабаты жұқа және қалыптаспаған микрофлораға байланысты бейтарап немесе сілтілі ортаға ие, ол әдетте колониялық төзімділікті қамтамасыз етеді. Басқа қауіп факторлары-дамымаған кіші лабия, үлкен лабия мен лобикалық шаш аймағында май қабатының болмауы, вульва терісінің сезімталдығы. Сонымен қатар, урогенитальды аймақ пен анустың анатомиялық жақындығы вульвовагиниттің дамуының маңызды қауіп факторы болып табылады. Сыртқы жыныс мүшелерінің дұрыс емес гигиенасымен вульва мен қынаптың нәжіс массаларымен ластануы мүмкін [8].

Жыныстық жетілуге дейінгі қыздар мен жасөспірім қыздардағы вульвовагиниттің этиологиясы әртүрлі. Вульвовагиниттің спецификалық емес және спецификалық себептері бар. Біріншілері өз кезегінде бастапқы және қайталама, жұқпалы және инфекциялық емес болып бөлінеді. Спецификалық емес вульвовагинит ең көп таралған, бұл жағдайлардың 75% құрайды [9]. Жыныстық жетілуге дейінгі баланың сезімтал эстрогенизацияланбаған терісінің тітіркенуі байқалады, әдетте вагинальды культура кез-келген патогендерге теріс әсер етеді. Спецификалық емес вульвовагиниттің жұқпалы себебі-бактериялар. Патогендер-ішек, орофарингеальды және эпидермальды флораны білдіретін микроорганизмдер. Ең көп таралған қоздырғыштар-*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Shigella* spp. [10]. Экстрагенитальды патологияның өршуі жалпы иммунитеттің әлсіреуіне, оппортунистік микроорганизмдердің белсендірілуіне, патогендік флораның ықтимал инфекциясына әкелетінін есте ұстаған жөн. Бұл клиникалық жағдай көбінесе бактериялық вульвовагиниттердің қайталануына ықпал етеді.

Тағы бір зерттеуде вульвовагиниті бар және онсыз жыныстық қатынасқа дейінгі қыздарда 16s рднк генінің V3-V4 аймағын секвенирлеу арқылы вагинальды микробиомалардың сипаттамалары зерттелді. Авторлар қыздардың сау вагинальды жолында *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Ezakiella* және *peptoniphilus* spp басым екенін көрсетті. микробиоталардың алуан түрлілігімен. Вульвовагинитпен байланысты микробиотада негізінен *Streptococcus*, *Prevotella*, *Haemophilus* және *granulicatella* spp анықталды. дені сау қыздарға қарағанда әртүрлілігі аз [11]. Авторлар вульвовагинитпен байланысты вагинальды микробиотаның қалыпты микробиотадан күрт айырмашылығы бар және негізгі қоздырғыштар колиморфты бактериялар емес деген қорытындыға келді. Алайда, зерттеуге 3

пен 9 жас аралығындағы қыздардан алынған қынаптық жағындылардың тек 24 үлгісі кірді. Осылайша, жыныстық жетілуге дейінгі қыздарда вульвовагиниттің дамуына қатысатын анықталған патогендік микроорганизмдер туралы қарама-қайшы мәліметтер алынды. Пациенттердің осы тобында қалыпты және патогенді вагинальды флораны анықтау үшін қосымша зерттеулер қажет.

Көбінесе балаларда гельминтикалық инвазиядан туындаған вульвовагинит дамуы мүмкін. *Enterobius vermicularis* тудыратын энтеробиоз басым, онда ата-аналар сыртқы жыныс мүшелері мен қынап аймағында қатты қышу мен ауырсынудың салдарынан балалардың ұйқысының бұзылуын байқайды.

Вульвовагинит қынапта бөгде заттың болуынан да туындауы мүмкін. Асептикалық қабыну пайда болады және көбінесе аралас сипаттағы инфекция қосылады. Клиникалық тұрғыдан бұл жағдай перинэя мен перианальды аймақтың терісін тітіркендіретін жағымсыз иісі бар созылмалы іріңді-қанды бөлінділердің болуымен көрінеді. Диагноздың кешігуі жиі кездеседі және қынаптағы анықталмаған денелер қынаптың стенозы, везико-қынаптық фистула, абсцесс түзілуі және т. б. сияқты асқынуларды тудыруы мүмкін. Диагностика әдісі ретінде жалпы көктамыршілік анестезиямен вагиноскопияны қолдануға болады.

Арнайы вульвовагиниттер тобы туралы айтатын болсақ, жасөспірім қыздарда вульвовагиниттің ең көп таралған түрі болып табылатын *Candida albicans* тудыратын микотикалық вульвовагинит туралы айту керек. Пациенттер негізінен жыныс жолдарынан "сүзбе" бөлінуіне, кешке және түнде күшейетін сыртқы жыныс аймағында қышуға шағымданады.

Егде жастағы топтағы қыздарға көбінесе бактериялық вагиноз диагнозы қойылады, оның 14-19 жас аралығындағы жасөспірімдерде пайда болу жиілігі 23% құрайды [12]. Бұл ауруда полимикробты инфекция лактобактериялар санының азаюымен және факультативті-анаэробты организмдердің шамадан тыс өсуімен сипатталатын вагинальды микрофлораның өзгеруіне әкеледі. Мұндай микроорганизмдерге, әдетте, грамтеріс таяқшалар жатады: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* spp., *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma* және т. б. [12]. Клиникалық жағдайда диагноз Amsel критерийі негізінде қойылуы мүмкін, егер төрт белгінің кемінде үшеуі болса: біртекті, Сулы вагинальды разряд; вагинальды рН мәні  $> 4,5$ ; позитивамин сынағы (вагинальды разрядқа 10% калий гидроксиді ерітіндісінің тамшысын қосқанда шірік балықтың иісі пайда болады); граммен боялған жағындылардағы "негізгі" жасушаларды анықтау.

Сондай-ақ, белгілі бір этиологияның басқа вульвовагиниттеріне трихомонас вульвовагиниті, гонорея, хламидиозды вульвовагинит, вирустық вульвовагиниттер (адам папилломавирусынан туындаған герпетикалық) және т. б. Вульвовагиниттің Жалпы клиникалық белгілері вагинальды разряд, қышу және жану, гивульвар мен қынаптың шырышты қабығының ісінуі, дизурия, нәзіктік, диспаруния болуы мүмкін. Жыныстық белсенді науқастарда Симптомдардың ұзақтығы, ағызу сипаты, алдыңғы емдеу, гигиеналық әдеттер туралы ақпаратты қамтитын егжей-тегжейлі тарихты жинау қажет. Алдымен жалпы физикалық, содан кейін гинекологиялық тексеру жүргізілуі керек, онда жыныстық даму дәрежесі, тері мен шырышты қабаттардың зақымдануының ауырлығы, қайталама экскорациялардың болуы, секрециялардың сипаты мен саны, гименальды сақинаның ауытқулары, жарақат белгілерінің болуы бағаланады. Сондай-ақ, жеке гигиена ережелерін сақтамау немесе оның шамадан тыс болуы, тығыз киім, синтетикалық іш киім кию, әртүрлі химиялық жуғыш заттардың (сабын, ваннаға арналған көбік, кір жуғыш заттар) әсері, жыныстық өмірдің басталуы сияқты қоздырғыш факторлардың болуына немесе болмауына назар аудару ұсынылады. Вульвовагиниттің дифференциалды диагнозына зәр шығару жолдарының инфекциясы, псориаз, экзема, байланыс дерматиті, везиковагинальды рефлюкс, жүйелік аурулар (Кавасаки ауруы, Крон ауруы) және т.б. [12]. Жыныстық қатынасқа түсетін жасөспірімдерде жыныстық жолмен берілетін инфекцияны болдырмау міндетті болып табылады. Егер қынапта бөтен дененің болуына күдік болса, жалпы көктамыршілік анестезиямен вагиноскопияны қолдануға болады.

**Вульвовагинитті емдеу тәсілдері.** Балалардағы вульвовагинитті емдеудің бірінші кезеңі-сыртқы жыныс мүшелерінің гигиенасын үйрету. Патогендік микроорганизмдердің болуын растау кезінде арнайы терапия қажет. Құрт этиологиясының вульвовагиниттерінде дегельминтикалық терапия жүргізіледі. Қайта жұқтыру қаупі жоғары болғандықтан, барлық отбасы мүшелерін профилактикалық емдеу міндетті түрде жүргізілуі керек. Микотикалық вульвовагинит кезінде жергілікті және ауызша азолдар қолданылады, екі топтың да тиімділігі ұқсас. Флуконазолды 150 мг бір реттік қабылдау жиі тағайындалады, егер ол тиімсіз болса, 3 күннен кейін қабылданған екінші доза емдеу жиілігін 67-ден 80% - ға дейін арттырады [13]. Трихомонадты вульвовагинит кезінде жергілікті және жалпы әсер ететін протозойға қарсы препараттар (метронидазол немесе тинидазол) қолданылады.

**Қорытынды:** Қынаптың микроэкожүйесі-әйелдің ұрпақты болу органдарының кешеніндегі күрделі және динамикалық толыққанды жүйе. Дұрыс емес гигиенамен қабыну ауруларының, соның ішінде вульвовагиниттің даму қаупі артады. Жеке гигиена ережелерін сақтау гинекологиялық аурулардың дамуын болдырмауға ықпал ететіндіктен, жастарға



репродуктивті білім берумен айналысу қажет, бұл бетпе-бет кеңес беруді де, қашықтықтан оқыту технологияларының көмегімен өзекті ақпаратты орналастыруды да қамтиды. Балалық шақтан бастап интимдік гигиенаның дұрыс әдеттерін қалыптастыруда ата-аналардың оқу процесіне қатысуының рөлі маңызды. Қыздар мен жасөспірім қыздар арасында мақсатты гигиеналық тәрбие беру, өз денсаулығына саналы көзқарасты қалыптастыру, жеке гигиена құралдарын түсіну және қолдана білу ерекше маңызға ие.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Мингазова, Э. Н., Самойлова, А. В., Загоруйченко, А. А., Шигабутдинова, Т. Н., & Железова, П. В. (2020). К вопросу о правовом обеспечении охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков. *Менеджер здравоохранения*, (7), 45-52.
2. Цуканова И. А., Дикке Г. Б., Усынина Н. М. Особенности физического и полового развития девочек-подростков города Томска // *Acta Biomedica Scientifica*. – 2004. – Т. 1. – №. 2. – С. 286-288.
3. Сетко Н. П. Страницы истории научно-педагогической школы" Гигиена детей и подростков, гигиена питания и труда" // *Оренбургский медицинский вестник*. – 2014. – Т. 2. – №. 4 (8). – С. 28-34.
4. Кохреидзе Н. А. и др. Интимная гигиена девочки-подростка: принципы, современные возможности и проблемы внедрения // *Педиатр*. – 2014. – Т. 5. – №. 3. – С. 42-45.
5. Хузаханов Ф. В., Гатина Д. Н. Роль социально-гигиенических факторов в формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – Т. 1. – №. 5.
6. Кузгибекова А. Б. и др. Репродуктивное здоровье девочек-подростков // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2012. – №. 7. – С. 15-16.
7. Сухарева Л. М., Поленова М. А. Достижения и перспективы научных исследований по гигиене и охране здоровья детей и подростков // *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. – 2017. – №. 3. – С. 14-19.
8. Андреева М. В. Социально-медицинские и гигиенические аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков и юных первородящих // *Влияние природных и антропогенных факторов на социозкосистемы*. – 2005. – С. 265-267.
9. Умаров Т. А., Бандаев И. С. Актуальные проблемы здоровья подростков // *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана*. – 2019. – Т. 9. – №. 2 (30). – С. 215-223.

10. Самороднова Е. А., Хабибуллина Л. Ф., Темиргереев М. З. Актуальные вопросы полового воспитания девочек-подростков //Практическая медицина. – 2012. – №. 7-1 (63). – С. 97.

11. Мингазова Э. Н., Железова П. В. К вопросу о медико-социальной профилактике воспалительных гинекологических заболеваний среди девочек и девушек-подростков (обзор литературы) //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2020. – №. 2. – С. 42-47.

12. Лукашева О. В., Борцов В. А., Фомичева М. Л. Результаты социологического опроса педагогов школ, лицеев, учреждений среднего профессионального образования о репродуктивном поведении и репродуктивном здоровье девочек и девушек-подростков //Современные аспекты формирования здорового образа жизни. – 2022. – С. 85-89.

13. Иоффе Л. А. Особенности полового созревания городских и сельских девочек-подростков //Гигиена и санитария. – 2003. – №. 1. – С. 53-54.

ӘОЖ 101

**Ғайнеденов Б., Тасбулатов Н.К.**

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

**АДАМНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ҚҰҚЫҒЫН ІСКЕ АСЫРУ  
МАҚСАТЫНДАҒЫ ДӘРІГЕР МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-АДАМГЕРШІЛІК  
ҚАТЫНАСТАРЫ**

***Аннотация***

*Ежелгі уақытта белгілі болған сөз қарым - қатынастың негізі болып табылады. Ақылды, әдепті сөзбен сіз науқастың көңіл-күйін көтере аласыз, оған сергектік пен қалпына келуге үміт ұялата аласыз, сонымен бірге ойланбай айтқан сөзбен науқасты қатты жарақаттап, денсаулығының күрт нашарлап, науғастың жағдайы қыйындауына әкелуі мүмкін. Не айту керек, сонымен қатар қалай, неге, қайда сөйлесу керек, медицина қызметкері кімге жүгінсе, ол қалай әрекет етеді: пациент, оның туыстары, әріптестері және т.б. бір ойды әртүрлі тәсілдермен айтуға болады. Бір сөзді адамдар өздерінің интеллектіне, жеке қасиеттеріне және т.б. байланысты әр түрлі түсінеді. Сөздер ғана емес, сонымен қатар интонация, бет әлпеті, науқаспен ишара арқылы сөйлесу, оның туыстарымен, әріптестерімен қарым-қатынаста үлкен маңызға ие.*

Әрбір адамның денсаулыққа деген құқығын басқа адамдардың қандай да бір әрекетімен, соның ішінде медицина қызметкерлерін қосқанда ешкімді өз денсаулығынан айыруға болмайды. Мақалада пациент пен медицина қызметкерлерінің қарым-қатынасының әлеуметтік, этикалық және моральдық мәселелері қарастырылып, денсаулықты сақтау мақсатында оларды жетілдіру және өнімділік тұрғысынан негізгі ұсыныстар берілген.

**Кілт сөздер:** денсаулық, адамгершілік, дәрігер, биоэтика, зерттеу

**Гайнеденов Б., Тасбулатов Н. К.**

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.

Шымкент, Казахстан

## **СОЦИАЛЬНО-ПРАВСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА С ЦЕЛЬЮ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ**

### **Аннотация**

*Слово, известное в древности, является основой общения. Умным, тактичным словом можно поднять настроение пациенту, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление, а также мысленно сказанным словом можно серьезно травмировать больного, привести к резкому ухудшению здоровья и ухудшению состояния здоровья. Что сказать, а также как, почему, где поговорить, к кому обращается медицинский работник, как он отреагирует: пациент, его родственники, коллеги и т.д. одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово по-разному понимается людьми в зависимости от их интеллекта, личных качеств и т. д. Большое значение имеют не только слова, но и интонация, мимика, общение с больным посредством жестов, общение с его родственниками, коллегами.*

*Право каждого человека на здоровье никакими действиями других людей, включая медицинских работников, никто не может быть лишен собственного здоровья. В статье рассматриваются социальные, этические и моральные проблемы взаимоотношений пациента и медицинского персонала, даются основные рекомендации с точки зрения их совершенствования и производительности с целью сохранения здоровья.*

**Ключевые слова:** здоровье, мораль, врач, биоэтика, исследования

**Gainedenov B., Tasbulatov N. K.**

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

## **SOCIO-MORAL RELATIONS BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT FOR THE PURPOSE OF REALIZING THE RIGHT TO PRESERVE HUMAN HEALTH**

### **Annotation**

*The word known in ancient times is the basis of communication. With a smart, tactful word, you can cheer up the patient, instill in him vigor and hope for recovery, and at the same time, thoughtless words can seriously injure the patient, lead to a sharp deterioration in health and a state of neuropathy. What to say, as well as how, why, where to talk, to whom the medical worker addresses, how he reacts: the patient, his relatives, colleagues, etc. The same word is understood by people in different ways, depending on their intelligence, personal qualities, etc. Not only words, but also intonation, facial expressions, communication with the patient through gestures, in communication with his relatives, colleagues occupy a place of great importance.*

*The right of every person to health should not be deprived of their own health by any action of other people, including medical workers. The article examines the social, ethical and moral issues of the relationship between the patient and medical workers, presents the main recommendations in terms of their improvement and productivity in order to preserve health.*

**Key words:** *health, morality, doctor, bioethics, research*

**Кіріспе.** Медицина ғылым және практика ретінде барлық уақытта адамдарға моральдық-адамгершілік міндетінің принциптерін басшылыққа ала отырып риясыз қызмет ету. Дәрігер адамға ерекше сезімтал болып, жанашырлық танытып, өзін науқастың орнына қоя алуы қажет. Ол науқас пен оның жақындарын түсініп, науқастың "жанын" тыңдап, тыныштандырып, сендіре білуі керек. Бұл оңайға соқпайтын өнер түрі. [1]. Қазіргі философия тұлғаның құндылық бағдарларын, оның доминанттарын, модульдерін, көзқарастарын қалыптастыруға арналған. Бұл, әсіресе, түлектері өздерінің кәсіби қызметінде "адам – адам" моделінде жұмыс істейтін жоғары оқу орындарында өзекті. Қазіргі жағдайда технократтық ойлауды ғана емес, гуманитарлық ойлауды да дамыту қажет. Біздің ойымызша, процестегі жетекші рөл этикалық білімді беруді гуманитарлық ғылымдар ойнауы керек, ал биоэтиканы зерттеу медицина қызметкерлерінің одан әрі кәсіби қызметіндегі басты бағдарлардың біріне айналады [2]. Гиппократтың заманынан бастап дәрігердің адамгершілік мәдениеті тек ізгілік емес, сонымен қатар оның кәсібилігін анықтайтын қасиет деп қабылданды. "Кәсіптік мәдениет" термині мұндағы мәдениет маман қызметінің ерекше сапасына қатысты қарастырылатынын және кәсіптің, кәсіптік қызметтің және кәсіптік қоғамдастықтың ерекшелігімен айқындалатын мәдениеттің пәндік мазмұнын ашатынын атап көрсетеді [2]. Медицина қызметкері білуі керек: науқасқа ауру және оны емдеу туралы айту;

науқасты, тіпті ең ауыр жағдайда да тыныштандыру және жігерлендіру; сөзді психотерапияның маңызды факторы ретінде қолдану; сөзді жалпы және медициналық мәдениеттің дәлелі ретінде қолдану; науқасты белгілі бір емнің қажеттілігіне сендіру; қажет болған кезде шыдамдылықпен үндемеу науқастың мүдделері; науқасты қалпына келтіру үмітінен айырмау; барлық жағдайларда өзін-өзі ұстау[3]. Науқаспен қарым-қатынас кезінде келесі коммуникативті әдістер туралы ұмытпау керек: әрдайым науқасты мұқият тыңдау; сұрақ қойғаннан кейін, жауапты күту керек; өз ойларыңызды қарапайым, анық, түсінікті түрде жеткізу, ғылыми терминдерді теріс пайдаланбау; сұхбаттасушыны құрметтеу, менсінбейтін мимика мен қимылдарға жол бермеу; пациенттің сөзін бөлмеу; оларға жауап беру арқылы сұрақтар қоюға деген ұмтылысты ынталандыру, науқастың пікіріне қызығушылық таныту; салқын болу, шыдамды және төзімді болу[4]. Медициналық этиканың жоғары талаптарын қатаң сақтау қазіргі уақытта ғылыми-техникалық революциядан туындаған жаңалықтар медицинаға қатты еніп жатқан кезде өте маңызды болады. Олардың көпшілігі диагностика мен емдеудегі сөзсіз жетістіктерді білдіреді, бірақ бұл жаңалықтарды енгізу жағымсыз құбылыстармен бірге жүреді. Әр түрлі жабдықтар мен көптеген талдаулар дәрігер мен пациент арасындағы ажырамас делдалға айналды, оларды бір-бірінен алшақтатты. Бүгінгі таңда эпидемиялық және қазіргі экономикалық дамыған елдердің құрамдас бөліктерімен алмастырылған созылмалы эпидемиялық емес аурулардың шабуылы өлім-жітім мен халықтың сырқаттанушылық құрылымындағы негізгі үлес болып табылады. Барлық өлім-жітімнің  $\frac{3}{4}$  - ден астам себебі бірнеше аурулар (жүрек-қан тамырлары, қатерлі ісіктер) болып табылады. Патологияның осындай айтарлықтай өзгерген көрінісімен экзогендік, оның ішінде әлеуметтік делдалдық әсерлердің басты рөлімен түсіндірілетін аурулардың жалпы себептері мен механизмдерін іздеу ғана емес, сонымен қатар жалпы терапевтік факторларды іздеу қажет. Бүгінгі таңда пациенттің денесіне спецификалық емес әсер ету әдістеріне, жалпы терапияға, әсіресе психотерапияға көбірек көңіл бөлінуі кездейсоқ емес. Медициналық этика жоғары гуманизм рухымен үйлеседі, бірақ оның белгілі бір тарихи жағдаймен, әлеуметтік-экономикалық және саяси процестермен, әлеуметтік қабаттар мен таптардың мүдделерімен анықталатын таптық аспектісі бар. Сондықтан социалистік қоғам дәрігерінің этикасы және буржуазиялық медициналық этика туралы айту заңды. Соңғысы медициналық Бизнестің өзіншіл мүдделерін көрсетеді, дегенмен капиталистік елдердің дәрігерлері арасында кәсіби борышын адал атқаратын өз кәсібіне берілген жұмысшылар аз емес. Бірақ оларды капиталистік әлемнің заңдары басқарады, олар этика мен деонтологияның жоғары гуманистік талаптарына сәйкес келмейд[5].

**Жұмыстың мақсаты**-пациенттердің денсаулығын сақтау құқығын жүзеге асыру тұрғысынан дәрігер-пациент арасындағы қарым-қатынастың негізгі проблемалары мен модельдерін сипаттау.

**Материалдар мен әдістер.** Жұмыс зерттелетін мәселе бойынша ғылыми әдебиеттерді талдау негізінде орындалды.

**Нәтижелер.** Дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынас көбінесе пациенттің құқықтарымен реттеледі, оны дәрігер өзі жасай алмайды, бұл кейде оны қиын жағдайға душар етеді. Бұл жағдайда медициналық деонтология айтарлықтай көмек көрсетеді, ол әрбір нақты науқастың өмірін сақтауға және денсаулығын сақтауға бағытталған [6]. Жұмыста болған кезде дәрігер өзінің жағымсыз эмоцияларын көрсетпеуі керек, антипатия көрсетпеуі керек. Науқаспен сөйлесу барысында науқас - азап шегетін, күдікті, ашуланшақ, кейде оқшаулануға бейім екенін ескеру керек. Тек дәрігердің назары сенімсіздік тосқауылын бұзуға, сенімділік атмосферасын құруға көмектеседі. Науқаспен сөйлескенде немқұрайлылық, енжарлық, жалқаулыққа жол берілмейді. Медицина қызметкері оған шынайы қызығушылықпен қарағандығын, оны түсінгендігін науқас сезінуі керек. Әрине, дәрігер сөзсіз сөйлеу мәдениетін білуі керек.

Сонымен қатар, жақсы сөйлеу үшін, ең алдымен дұрыс ойлау қажет. Әр сөзге қадалатын немесе жаргон сөздерді көп қолданатын дәрігер немесе медбике науқастың сенімсіздігін тудырады. Медицинадағы күнделікті шығып жатқан ғылыми-техникалық жетістіктер, біздің заманымызда дәрігерлік этиканың жоғары талаптарын қатаң сақтауда ерекше маңызды болып отыр [7]. Олардың көпшілігі диагностика мен емдеудегі сөзсіз жетістіктерімен бірге жүреді, бірақ бұл жаңалықтарды енгізу жағымсыз құбылыстармен де бірге жүреді. Әр түрлі құрал-жабдықтар мен көптеген анализдік талдаулар дәрігер мен пациент арасындағы ажырамас делдалға айналды және оларды бір-бірінен алшақтатты. Қазіргі медициналық этиканың бір ерекшелігі-көптеген пациенттер өзінің өмірі мен денсаулығына қатысты шешімдер қабылдау процесіне, әсіресе емдеу тактикасын таңдауға қатысуға ұмтылады. Мұндай үрдіс халықтың денсаулығына деген зейінінің артуының салдары болып табылады [8]. Медицина қызметкері мен пациенттің өзара әрекеттесуінің маңызды жағы этика және деонтология болып табылады — адамның мінез-құлқының моральдық негіздері туралы ілімдер, оның ішінде диагностикалық және емдік өзара әрекеттесу жағдайында, сонымен қатар, ең маңызды проблемалар дәрігердің құпиясы, эвтаназия, пациентке оның ауруының шынайы диагнозын хабарлау, паттернализация, психотерапиядағы жеке тұлғаны қалпына келтіру және басқалар болып табылады. Аталған мәселелердің кейбірін диагностикалық және емдеу процесін құқықтық реттеу саласына жатқызуға болады [9].

Алайда қоғамда қалыптасқан дәстүрлер көбінесе олардың қақтығысына әкеледі. Мысалы, онкологиялық науқасқа оның ауруының шынайы диагнозы туралы хабарлау қажеттілігі, құқықтық қағидаға байланысты, көбінесе дәрігердің немесе дәрігерлер қауымдастығының көзқарасына қайшы келеді, бұл әрекеттің адамгершілікке жатпайтындығы, пациенттің психологиялық жайлы жағдайын сақтау үшін "қасиетті өтірік"принципін қолдану қажеттілігі. Медицина қызметкерінің біліктілігі оның бойындағы білім мен дағдылардың деңгейі және оның кәсіби қызметте адамгершілік принциптерін қолдануы сияқты қасиеттерді қамтиды. Ешбір басқа мамандықта адамның этикалық және кәсіби қасиеттерінің өзара тәуелділігі жоқ[10].

Медициналық этика және деонтология — бұл медицина қызметкерінің кәсіби міндеттерін орындау кезіндегі этикалық нормалары мен мінез-құлық принциптерінің жиынтығы. Этика мораль мен мораль заңдарын анықтайды, оларды бұзу көбінесе қылмыстық немесе әкімшілік жауапкершілікке әкелмейді, бірақ моральдық сотқа, "Ар-намыс сотына"әкеледі. Мінез-құлықтың этикалық нормалары өте динамикалық. Ең алдымен, оларға әлеуметтік факторлар мен қоғамдық мораль нормалары әсер етеді[11,12].

Теориялық тұрғыдан алғанда, медициналық этиканың міндеттері этикалық негізділік пен моральдық нормалардың дұрыстығын анықтау болып табылады. Медициналық этика саласында моральдың екі теориясы басым: деонтологиялық және утилитарлық. Біріншісі моральдық өмірдің негізін міндет деп санайды, оның орындалуы ішкі бұйрықпен байланысты. Парызға сүйене отырып, адам өзіміздіктен бас тартады және өзіне адал болып қалады (и.Кант). Адамгершіліктің негізгі критерийі-адалдық. Моральдың екінші теориясы адамның іс-әрекетін бағалау критерийі пайдалылық деген сенімнен туындайды[13].

Зиян келтірмеу, игілік пен әділеттілік принциптері Гиппократтың ант беруінен туындайды және медицина қызметкерін соған сәйкес бағыттайды. Медицинада қолданылатын нақты этикалық нормаларға шындық, құпиялылық, құпиялылық, адалдық және құзыреттілік жатады. Гиппократ жасаған дәрігердің мінез-құлқының этикалық нормалары қазіргі уақытта сыни талдауға ұшырауда.

**Қорытынды.** Осыған байланысты, салауатты өмір салтын ынталандыру кезінде әлеуметтік, әлеуметтанулық және моральдық-психологиялық заңдылықтарды ғана емес, сонымен қатар олардың жасына, жынысына, ауру түріне, адамның психикалық және әлеуметтік қасиеттеріне байланысты жеке адамдарда көріну ерекшеліктерін де ескеру қажет. Бүгінгі таңда әлемдік қоғамдастық дамудың күрделі тарихи сатысында тұр. Диагностиканың заманауи әдістері мен әдістерін, жаңа фармакологиялық препараттарды және т. б. жасаумен қатар, ғылыми-техникалық прогресс[14]. Ол адамдардың өмірі мен денсаулығына қауіп

төндіретін ең күшті жойқын күштің қорқынышты қаруын жасады. Әрбір адамның денсаулыққа деген құқығын басқа адамдардың, соның ішінде медицина қызметкерлерінің қандай да бір әрекетімен ешкім өз денсаулығынан айырыла алмайтындай етіп түсіну керек. Әлемнің көптеген елдерінде адамның денсаулыққа құқығы тиісті заңдармен және құжаттармен қорғалған[15]. Медицинадағы техникалық прогресс одан әрі ілгерілеген сайын науқастардың, медицина қызметкерлерінің және қоғамның мүдделерін қозғайтын жаңа этикалық және құқықтық мәселелер туындайтыны сөзсіз. Алайда, әр жолы дәрігер мұндай мәселені шешкен кезде, ол өз миссиясын орындайтын қоғамның қандай этикалық көзқарастарына қарамастан, қоғамдық-экономикалық формацияға қарамастан, "зиян келтірмеу"қағидатын басшылыққа алуы керек екенін есте ұстаған жөн. Осылайша,әр адамның денсаулыққа деген құқығын ешкім өз денсаулығынан басқа адамдардың, соның ішінде медицина қызметкерлерінің қандай да бір әрекеті арқылы айырыла алмайтынын түсіну керек.Медицинадағы техникалық жетістіктер одан әрі ілгерілеген сайын науқастардың, медицина қызметкерлерінің және қоғамның мүдделерін қозғайтын жаңа этикалық және құқықтық проблемалар туындайтыны сөзсіз.Алайда дәрігер әр жолы осындай мәселені шешкен кезде, ол өз миссиясын орындайтын қоғамның этикалық көзқарастарына,қоғамдық-экономикалық формацияға қарамастан,24 сағат бойы "зиян келтірмеу"қағидасын басшылыққа алуы керек екенін есте сақтаған жөн.

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Полякова Р. В., Маршалок О. И. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ–БОЛЬНОЙ. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №. 6. – С. 276-276.
2. Родиков М. В., Кочетова Л. В., Пахомова Р. А. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 6. – С. 156-156.
3. Агеева Н. А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента //Гуманитарные и социальные науки. – 2012. – №. 5. – С. 131-139.
4. Камалиева И. Р. Социально-философский анализ современных проблем врачебной этики //Челябинск, ЧелГУ. – 2013.
5. Минаварова Г. М., Абдурахманова М. У. О ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ //Теория и практика современной науки. – 2018. – №. 1 (31). – С. 742-744.
6. Карандеева А. М. и др. Морально-нравственные качества врача как фактор развития практического здравоохранения //Colloquium-journal. –



Голопристанський міськрайонний центр зайнятості= Голопристанский районный центр занятости, 2018. – Т. 12. – №. 23. – С. 20.

7. Орлова Е.В. Дәрігердің кәсіби қарым-қатынас мәдениеті: коммуникативті-құзыреттілік тәсіл. Монография - М.: Инфра-М, 2012.

8. Романовская О.В. Денсаулық сақтау саласындағы өзін-өзі реттеу // Денсаулық сақтау менеджері. 2013. № 4. С. 13-19.

9. Хрусталеv Ю.М. Этикадан биоэтикаға дейін. - М.: Феникс, 2010.

10. Сергеев Ю. Д., Сокол А. Ф., Шурупова Р. В. Врач и пациент: этические и правовые аспекты взаимоотношений // Медицинское право. – 2016. – №. 1. – С. 3-6.

11. Изуткин Д. А. Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений // Медицинский альманах. – 2012. – №. 5. – С. 214-216.

12. Гречкин В. И., Сапронов Г. И., Пахоленко О. А. Формирование у студентов медицинского вуза этико-деонтологических принципов взаимоотношений врача и пациента // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – №. 40. – С. 88-94.

13. Шамов И. А. О взаимоотношении этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – №. 3. – С. 51-56.

14. Сапёров В. Н. Деонтологические аспекты взаимоотношения медицинских работников // Главврач. – 2012. – №. 10. – С. 47-52.

15. Герасимова О. Ю., Тюков Ю. А., Семченко Л. Н. Психологические аспекты этики и деонтологии в работе практического врача. – 2014.

ӘОЖ 616.155.194-084:618.3(470.43)

**Абадов Қ., Саркулова И.С.<sup>1</sup>, Тулекеева А.О.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Көп салалы медициналық колледжі, Шымкент қ., Қазақстан

## **ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ**

### **Аннотация**

*Темір тапшылықты анемиясы – қан сарысуындағы және сүйек кемігіндегі темір тапшылығы салдарынан болатын гемоглобин түзілуінің бұзылуымен, сондай-ақ органдар мен тіндердің трофикалық бұзылулардың дамуымен жүретін клиникалық-гематологиялық*

симптомдар кешені болып табылады.. Бұл клиникалық тәжірибеде жиі кездесетін патологиялық жағдайлардың бірі. ДДҰ мәліметтері бойынша, темір тапшылықты анемиямен біздің планетамыздың 1,8 миллиард тұрғынында анықталады. Еуропаның дамыған елдерінде репродуктивті жастағы әйелдердің шамамен 12% - ы кездеседі, ал темірдің жасырын жетіспеушілігі осы санаттағы әйелдердің жартысына жуығында байқалады.

**Кілтті сөздер:** анемия, әйел, гемоглобин, темір тапшылықты

**Абадов К., Саркулова И. С. <sup>1</sup>, Тулекеева А. О. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г.

Шымкент, Казахстан

<sup>2</sup> Многопрофильный медицинский колледж, Шымкент, Казахстан

## **ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ**

### **Аннотация**

*Железодефицитная анемия представляет собой комплекс клинико–гематологических симптомов, сопровождающихся нарушением образования гемоглобина вследствие дефицита железа в сыворотке крови и костном мозге, а также развитием трофических нарушений органов и тканей. Это одно из самых распространенных патологических состояний в клинической практике. По данным ВОЗ, железодефицитная анемия диагностируется у 1,8 миллиарда жителей нашей планеты. В развитых странах Европы встречается около 12% женщин репродуктивного возраста, а скрытый дефицит железа наблюдается примерно у половины женщин этой категории.*

**Ключевые слова:** анемия, женский, гемоглобин, железодефицит

**Abadov K., Sarkulova I. S. <sup>1</sup>, Tulekeeva A. O. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> International Kazakh-Turkish University named after Khoja Akhmet Yassawi, Shymkent,

Kazakhstan

<sup>2</sup> Multi-Specialty Medical College, Shymkent, Kazakhstan

## **IRON DEFICIENCY ANEMIA IN GYNECOLOGY**

### **Annotation**

*Iron deficiency anemia is a complex of clinical and hematological symptoms accompanied by a violation of hemoglobin formation due to iron deficiency in the blood serum and bone marrow, as*

*well as the development of trophic disorders of organs and tissues. This is one of the most common pathological conditions in clinical practice. According to who, iron deficiency anemia is detected in 1.8 billion inhabitants of our planet. In developed European countries, about 12% of women of reproductive age are found, and latent iron deficiency is observed in about half of women in this category.*

**Key words:** *anemia, woman, hemoglobin, iron deficiency*

Темір тапшылықты анемия (ТТА)- қан сарысуында және сүйек кемігінде темір тапшылығы салдарынан гемоглобин түзілуінің бұзылуымен, сондай-ақ органдар мен тіндерде трофикалық бұзылулардың дамуымен сипатталатын клиникалық-гематологиялық симптомдар кешені. Бұл клиникалық тәжірибеде жиі кездесетін патологиялық жағдайлардың бірі. ДДСҰ мәліметтері бойынша, ТТА біздің планетамыздың 1,8 миллиард тұрғынында анықталады. Еуропаның дамыған елдерінде фертильді жастағы әйелдердің шамамен 12% - ы ТТА-дан зардап шегеді, жасырын темір тапшылығы фертильді жастағы әйелдердің осы санатының жартысына жуығында байқалады [1,2].

Темір-адам организмі үшін орны алмастырылмайтын биоматериал болып табылады және ол организмдегі көптеген клеткалардың қызметінде маңызды роль атқарады. Темірдің биологиялық маңызы оның қайтымды тотығу және тотықсыздану қабілетімен анықталады. Темірдің бұл қызметі тіндердің тыныс алу процестеріне қатысуын қамтамасыз етеді [1].

Темір қосылыстары әртүрлі құрылымға ие, олардың әрбірі өзіне тән функционалдық қызмет атқарады. Құрамында темір бар ең маңызды қосылыстарға мыналар жатады: гемопротеидтер, олардың құрылымдық компоненті гем (гемоглобин, миоглобин, цитохромдар, каталаза, пероксидаза), гем емес ферменттер (сукцинатдегидрогеназа, ацетил-КоА-дегидрогеназа, ксантинооксидаза), ферритин, гемосидерин, трансферрин. Темір күрделі қосылыстардың құрамына кіреді және организмде келесідей бөлінеді:

- гемдік темір-70%;
- темір депосы-18% (клетка ішілік ферритин және гемосидерин);
- қан айналымдағы темір (миоглобин және құрамында темір бар ферменттер);

Адам ағзасында 4-5гр темір гем және гемдік емес қосылыстар түрінде болады. Гуминдердің ішінде темірдің ең көп мөлшері, шамамен 3000 мг болады, жасушалардың тыныс алу ферменттері (цитохромдар, каталаза, пероксидаза) 25 мг құрайды, сонымен бірге денеде гемдік емес қосылыстардың бай қоры бар – 1500 мг-ға дейін, олар ферритин мен гемосидерин түрінде бауырда, көкбауырда және сүйек кемігінде сақталады. Оларға темірдің күнделікті шығындарын толықтыруға арналған сарысу темірі де жатады [3,4].

Темір, кейбір басқа микроэлементтер сияқты, денеден өте аз мөлшерде шығарылады (1-1, 5 мг), өйткені эндогендік метаболизм толығымен дерлік гемоглобиннің құрамындағы темірдің арқасында жүреді, гемолиз макрофагтар арқылы жүзеге асырылады, гемоглобиннің ыдырауы құрамында темір және темір жоқ өнімдерді қалыптастыру үшін екі бағытта жүреді.

ДДСҰ темір тапшылықты анемияның жіктемесі [13,16]:

- \* жеңіл дәрежелі ТТА – қандағы Нb концентрациясы 110-дан 90 г/л-ге дейін;
- \* орташа дәрежелі ТТА – қандағы Нb концентрациясы 89-дан 70 г/л-ге дейін;
- \* ауыр дәрежелі ТТА – қандағы Нb концентрациясы 69 г/л-ден аз.

Темір тапшылығының үш кезеңін бөліп қарастырады: предлатентті, латентті және манифестті. Предлатентті темір тапшылығы микроэлементтер қорының төмендеуімен сипатталады, бірақ бұл кезеңде эритропоэзге қалыпты мөлшерде темір жеткізіліп отырады. Латентті темір тапшылығы-деподағы микроэлементтер қорының толық таусылуы кезінде дамиды, бірақ анемияның даму белгілері білінбейді. Темірдің манифесттік тапшылығы немесе темір тапшылықты анемия темірдің гемоглобин синтезіне жеткіліксіздігі кезінде пайда болады, анемия және сидеропениялық синдромдармен көрініс береді [5].

Манифестті темір тапшылықты анемияның диагностикасы клиникалық және гематологиялық белгілерге негізделген, жалпы қан анализінде гемоглобиннің төмендеуі жетекші болып саналады.

Қан сарысуындағы темір концентрациясын анықтаумен қатар, қан сарысуының жалпы темірді байланыстыру қабілетін анықтау және трансферриннің темірмен қанығуын бағалау маңызды диагностикалық зерттеулердің бірі болып табылады. Қан сарысуындағы темір концентрациясын анықтаумен қатар, қан сарысуының жалпы темірді байланыстыру қабілетін анықтау және трансферриннің темірмен қанығуын бағалау маңызды диагностикалық зерттеулердің бірі болып табылады. ТТА кезінде темір мөлшері азайғандықтан, сарысудағы ферритин құрамының төмендеуі байқалады. Сарысудағы ферритин деңгейінің төмендеуі ТТА спецификалық белгісі болып табылады [6].

Организмдегі темір тапшылығының себептері:

\* Созылмалы постгеморрагиялық ТТА:

1. Жатырдан қан кету: әртүрлі генездегі меноррагиялар, гиперполименорея (ұзақтығы 5 күннен асатын етеккір, әсіресе 15 жасқа дейінгі алғашқы етеккір пайда болған кезде, 26 күннен аз циклмен етеккірдің келуі, қанды бөліністердің бір күннен көп болуы), гемостаздың бұзылуы, түсік, босану, жатыр миомасы, аденомиоз, жатыр ішілік контрацептивтер, қатерлі ісіктер.

2. Асқазан–ішек жолдарынан қан кету: созылмалы қан кету белгілері болған кезде ауыз қуысын, өңешті және асқазан- ішек жолдарын толық тексеру қажет(гельминттік аурулардан бөлек).

3. Донорлық: әйелдердің 40% - ында темірдің жасырын тапшылығы болады, ал кейде көп жылдық донорлық (10 жылдан астам) ТТА дамуын тудырады. 500 мл қан тапсыру кезінде 250 мг темір жоғалады (дененің барлық темірінің 5-6%). Әйел донорларда темірге деген қажеттілік 4-5 мг құрайды.

4. Басқада қан жоғалтулар: мұрын, бүйрек, ядрогенді, психикалық ауруларда жасанды түрде туындағанда.

5. Жабық қуыстарға қан кетулер: мысалы, өкпе гемосидерозы, ісіктер, әсіресе ойық жара кезінде, эндометриоздың кейбір түрлері.

Темірге деген қажеттілікті жоғарылататын жағдайлар: жүктілік, лактация, жыныстық жетілу және қарқынды өсу кезеңі, қабыну аурулары, қарқынды спортпен шұғылдану.

ТТА алиментарлы жол арқылы дамуы мүмкін.Мысалы:дұрыс тамақтанбау(ет өнімдеріне қарағанда ұн және сүт өнімдерін көп пайдалану), су мен тағамдағы микроэлементтердің (мыс, марганец, кобальт) азаюы, ішектегі сіңірілудің бұзылуы (энтериттер, ішек резекциясынан кейінгі жағдайлар, асқазан аурулары және т.б.).

Әйелдердегі темір тапшылығы негізінен қан жоғалтуға байланысты дамиды. Жасөспірім қыздарда, бала туатын және климактериялық жастағы әйелдерде ауыр және ұзақ етеккір, жатырдан дисфункционалды қан кету, жатыр миомасы, эндометриоз, жатырішілік контрацептивтердің болуы, гинекологиялық және хирургиялық операциялар кезінде көп мөлшерде қан жоғалтқан кезде темір тапшылығы жағдайлары жиі дамиды. Жатыр миомасы мен эндометриоз - ең көп таралған гинекологиялық аурулар қатарына кіреді. Жүкті әйелдердің анемиясының пайызы да артып келеді, осыған байланысты әйелдерде ТТА-ны заманауи емдеу мәселесі күннен күнге өзекті бола түсуде.Қалыпты етеккір кезінде 30-40 мл қан жоғалады (15-20 мг Fe). Етеккір кезінде 40-60 мл қан жоғалту критикалық зона болып табылады, 60 мл-ден астам қан жоғалту темір тапшылығының туындауына әкеледі. Естеріңізге сала кетейік, етеккір кезінде орташа қан жоғалту шамамен 50 мл (25 мг темір) құрайды,бұл ер адамдармен салыстырғанда күніне шамамен 1мг артық темір жоғалтуды білдіреді. Гиперполименорреядан, әртүрлі генездегі меноррагиядан зардап шегетін әйелдерде бір етеккір циклы кезінде жоғалған қан мөлшері 200 мл (100 мг темір) және одан да көп, демек, темірдің тәуліктік жоғалуы шамамен 4 мг құрайды. Мұндай жағдайларда 1 күнде 1 мг темір жоғалту деп есептесек, 1 айда орташа 30 мг темір тапшылығына алып келеді, ал 1 жыл ішінде темір тапшылығы 360 мг-ға жетеді. Меноррагия кезінде темірдің

артық шығынының орны толтырылмаған кезде деподағы темір мөлшері азаяды, бұл уақыт өте келе ТТА-ның дамуына алып келеді, біртіндеп ТТА клиникалық–гематологиялық белгілері қалыптасады. Бұл белгілердің даму ұзақтығы меноррагияның ауырлығына, темірдің бастапқы қорының мөлшеріне, басқа қауіп факторларының болуына байланысты [7].

**Клиникалық көрінісі:** Темір тапшылығы анемиясының клиникалық көріністері темір тапшылығының дәрежесіне және оның даму ұзақтығына байланысты. Оларды екі маңызды синдромға бөліп қарастыруға болады – анемиялық және сидеропениялық [8].

Анемиялық синдром гемоглобин мен эритроциттер санының төмендеуіне, тіндердің оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз етілуіне байланысты дамиды және спецификалық емес белгілермен көрінеді. Науқастар жалпы әлсіздікке, шаршаудың жоғарылауына, жұмысқа деген қабілеттіліктің төмендеуіне, бас айналуға, құлақтың шуылына, көздің алдында шыбындардың пайда болуына, жүрек соғуына, физикалық жүктеме кезінде енгіуге, естен тануға шағымданады. Есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқышылдық пайда болуы мүмкін. Анемиялық синдромның субъективті көріністері алдымен науқастарды физикалық жүктеме кезінде, содан кейін тыныштықта (анемия өскен сайын) мазалайды. Объективті зерттеу кезінде терінің және көрінетін шырышты қабаттардың бозаруы анықталады. Көбінесе жіліншік, аяқ, бет аймағында ісінулер пайда болады. Көз айналасында таңертеңгілік ісіну немесе "көз астындағы сөмке" симптомы пайда болады (мешки под глазами). Анемия миокардиодистрофия синдромының дамуына әкеледі, ол енгігу, тахикардия, жиі аритмия, жүрек шекараларының солға қарай кеңеюі, жүрек тондарының тұйықталуы, барлық аускультативті нүктелерде систолалық шу белгілерімен көрінеді. Ауыр және ұзаққа созылған анемияда миокардиодистрофия қан айналымының айқын жеткіліксіздігіне әкелуі мүмкін. Темір тапшылығы анемиясы біртіндеп дамиды, сондықтан науқастың денесі біртіндеп соған бейімделеді және анемиялық синдромның субъективті көріністері әрдайым айқын бола бермейді.

Сидеропениялық синдром (гипосидероз синдромы) темірдің тіндік жетіспеушілігінен туындайды, бұл көптеген ферменттердің (цитохромоксидаза, пероксидаза, сукцинат–дегидрогеназа және т.б.) белсенділігінің төмендеуіне әкеледі. Сидеропениялық синдром көптеген белгілермен көрінеді:

- дәм сезу бұзылыстары (рiса chlorotica) – жеуге жарамсыз заттарға құмарлық (бор, тіс пастасы, көмір, құм, мұз), сондай–ақ шикі қамырды, шикі етті, жарманы жеуге деген құмарлық; бұл симптом балалар мен жасөспірімдерде жиі кездеседі, бірақ ересек әйелдерде де жиі кездеседі;

- тұзды, қышқыл, ащы тағамдарға тәуелділік;
- иіс сезу бұзылыстары-айналасындағылардың көпшілігі жағымсыз деп қабылданатын иістерге тәуелділік (мысалы:бензин, ацетон, лактардың, бояулардың, гуталиннің иісі және т. б.);
- бұлшықет әлсіздігі мен шаршау, бұлшықет атрофиясы және миоглобин мен тіндердің тыныс алу ферменттерінің жетіспеушілігіне байланысты бұлшықет күшінің төмендеуі;
- терінің және тері қосымшаларының дистрофиялық өзгерістері (құрғақтық, қабыршақтану, теріде тез жарықтар пайда болуы; шаштың ерте ағаруы; түсуі, сынғыштық, тырнақтардың күңгірттенуі; койлонихия симптомы-тырнақтарының пайда болуы ,қасық тәрізді ойыстардың пайда болуы);
- ангулярлы стоматит-ауыздың бұрыштарындағы жарықтар, "ұшық" (науқастардың 10-15% - ында кездеседі);
- глоссит (науқастардың 10% - уында кездеседі) - тіл аймағында ауырсыну сезімі, оның ұшының қызаруымен, содан кейін папиллярлардың атрофиясымен сипатталады ("лакталған" тіл); пародонт ауруы мен кариеске бейімділік жиі байқалады;
- асқазан–ішек жолдарының шырышты қабығындағы атрофиялық өзгерістер-бұл өңештің шырышты қабығының құрғауы және тамақты жұтудың қиындауы, кейде ауыруы, (сидеропениялық дисфагия); атрофиялық гастрит пен энтериттің дамуы;
- "көк склера" симптомы көкшіл түспен немесе айқын көк склерамен сипатталады. Бұл темір жетіспеушілігімен склерадағы коллаген синтезінің бұзылуымен, ол жұқарып, көздің хороид арқылы көрінетіндігімен түсіндіріледі;
- зәр шығаруға деген ұмтылыс, күлгенде, жөтелгенде, түшкіргенде зәрді ұстай алмау, тіпті төсек сулануы мүмкін, бұл қуық сфинктерінің әлсіздігіне байланысты дамиды;
- "сидеропениялық субфебрилитет" - температураның субфебрильді шамаларға дейін ұзақ уақыт жоғарылауымен сипатталады;
- жедел респираторлық–вирустық және басқа инфекциялық–қабыну процестеріне, лейкоциттердің фагоцитарлық функциясының бұзылуына және иммунитет жүйесінің әлсіреуіне байланысты созылмалы инфекцияларға айқын бейімділік;
- \* терідегі, шырышты қабаттардағы репаративті процестердің төмендеуі.
- Эпителий тіндерінің трофикасының бұзылуы тіндік сидеропениямен және гипоксиямен байланысты. Айта кету керек, анемияның жеңіл дәрежесінде айтылған белгілер болмауы мүмкін, өйткені компенсаторлық механизмдер (эритропоздің жоғарылауы, жүрек–қан тамырлары және тыныс алу жүйелерінің функцияларының активтенуі) тіндердің оттегіге физиологиялық қажеттілігін қамтамасыз етеді [9].

Ұзақ анемиямен созылмалы гипоксияға байланысты дистрофиялық процестер нәтижесінде дамиды әртүрлі паренхималық органдардың функцияларының бұзылуы мүмкін.

ТТА диагностикалау және емдеу

Лабораториялық қан алазисі анемияны диагностикалауда үлкен маңызға ие [10]:

- гемоглобин концентрациясы;
- эритроциттердің саны, олардың мөлшері мен гемоглобинмен қанығуы;
- түс көрсеткіші;
- гематокрит (гематокриттің 0,3 және одан төмендеуі);
- қан плазмасындағы темір концентрациясы (қалыптыда 13-32 мкмоль / л);
- сарысудың темірді байланыстыру қабілеті ;
- ретикулоциттер, тромбоциттер, лейкоциттер және лейкоцитограммалар санын анықтайтын қанның толық морфологиялық зерттеуі.

Ауру дамыған сайын қан сарысуындағы темір концентрациясы төмендейді, сарысудың темірді байланыстыру қабілеті жоғарылайды, нәтижесінде темірмен НТ 16% - дан аз (әдетте 35-50%) төмендейді. Гематокрит көрсеткіші 0,3 дейін төмендейді.

Қазіргі уақытта ТТА-ның ең Ақпараттық гематологиялық параметрі сарысулық ферритин деңгейі (қалыптыда 15-150 мкг/л) болып саналады, ол организмдегі темір тапшылығының көрсеткіші болып табылады (ТТА 12 мкг/л және одан аз) [10].

Аурудың себебін анықтаған кезде негізгі емдеу оны жоюға бағытталуы керек (миоманы, аденомиозды хирургиялық емдеу, энтеритті емдеу, алиментарлы жеткіліксіздікті түзету және т.б.). Алайда, бірқатар жағдайларда ТТА себебін түбегейлі жою мүмкін емес (мысалы, меноррагиялар, тұқым қуалайтын геморрагиялық диатездер, жүкті әйелдерде, сондай-ақ кейбір басқа жағдайларда). Мұндай жағдайларда темірі бар дәрілік препараттармен патогенетикалық терапия негізгі емдеу тәсілі болып табылады [11].

Соңғы жылдары қазіргі заманғы отандық және шетелдік әдебиеттер бойынша ТТА-ны темір препараттарымен дәстүрлі емдеу әдісі асқазан–ішек жолдарына жанама әсерлері бар және көбінесе қажетті нәтиже бермейді, сонымен қатар препараттарды қабылдау ұзақ уақыт бойы жүргізілуі керек деген пікір барған сайын артып келеді. Темірді парентеральды тағайындау асқазан-ішек жолдарында темірдің сіңуі бұзылған кезде тағайындалады(энтерит,ішек резекциясы) [11].

Әртүрлі мамандардың: нефрологтардың, акушер–гинекологтардың, хирургтардың, гастроэнтерологтардың, кардиологтардың және онкологтардың практикалық тәжірибесі



темір препараттарын парентеральды тағайындау қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін көрсетті [12].

Меноррагиямен ауыратын әйелдерде, олардың себептеріне қарамастан (миома, эндометриоз, аналық без дисфункциясы, тромбоцитопатия және т.б.) темір препараттарын ұзақ мерзімді терапия қажет. Доза, дозалау режимі және препараттағы микроэлементтің құрамын және т.б. ескере отырып таңдалады. Операция алдындағы кезеңде парентеральды темір препараттарымен антианемиялық терапияны қысқа мерзімде жүргізу неғұрлым ұтымды [11,12].

ТТА-ны емдеуге арналған неғұрлым тиімді және қауіпсіз парентеральды темір препараты темір [III] гидроксиді, темір тапшылығы жағдайларын емдеуге арналған Ликферр100 препараттары келесі жағдайларда ұсынылған :

- темір тапшылығын тез толтыру қажет болған жағдайда;
- темір препараттарын ішке қабылдауға төзімділік қалыптасқан науқастарда;
- ішектің белсенді қабыну аурулары болған кезде.

Қазіргі уақытта әлемдік практиканың арқасында рекомбинантты эритропозтиндермен (РЭПО) біріктірілген парентеральды темір препараттары организмдегі темір тапшылығының жылдам орнын толтыру кезінде, орташа және ауыр дәрежедегі ТТА емдеуде жоғары тиімділік көрсетті. Қазіргі уақытта көптеген зерттеушілер адамның рекомбинантты эритропозтинін ТТА-ны емдеуде негізгі терапия ретінде қарастыруда [12].

Эритропозтин (ЭПО) – бүйректе өндірілетін гормон (90%). Оның негізгі қызметі–сүйек кемігінің эритропозтинге сезімтал жасушаларына әсер ету арқылы эритропоздді реттеу. Денде эритропозтин қоры табылған жоқ. Гормонның секрециясын тіндердің оттегімен қанықтырылу дәрежесі реттейді. Жүрек-тамыр жүйесі аурулары, оттегі диффузиясы бұзылған өкпе аурулары кезінде ЭПО секрециясы артады. Қазіргі уақытта көптеген зерттеу жұмыстары анемияның барлық түрлерінде ЭПО деңгейінің жоғарылауын көрсетеді.

Эритропозтиннің негізгі әсері сүйек кемігінде эритроциттердің пайда болуына бағытталған. ЭПО эритропозтин–сезімтал жасушаларға (echa) тікелей әсер етеді. ЭПО әсерінен бағаналық клеткалық пролиферациясы мен дифференциациясы күшейеді. Эритропозтин гемоглобин синтезін, ретикулоциттердің жетілуін және қанға шығуын тездетеді, митоздар санын арттырады.

Соңғы уақытта анемиямен ауыратын науқастарды операциядан кейінгі кезеңде, термиялық күйіктер кезінде, онкогематологияда эритропоздді ынталандыру үшін кең хирургиялық араласуларға (ортопедия, онкология) дайындауда жақсы нәтижелерге қол жеткізіліп отыр. Осыған байланысты Эральфон (эпозтин–альфа) препараты, гендік–

инженерия арқылы эритропоэтиндер тобынан алынған дәрілік препарат. Эритропоэзді ерекше ынталандыратын, эритроциттер қатарының прекурсорлық жасушаларынан эритроциттердің митозын және жетілуін белсендіретін гликопротеид. Құрамы, биологиялық және иммунологиялық қасиеттері бойынша эпоэтин-альфа адамның табиғи эритропоэтинімен бірдей. Эпоэтин-альфаны қабылдау гемоглобин мен гематокрит деңгейінің жоғарылауына, тіндердің қанмен қамтамасыз етілуінің жоғарылауына және жүрек жұмысының жақсаруына әкеледі.

Ликферр100 және Эральфон препараттарын бірге қолдану гинекологиялық тәжірибеде жоғары тиімділік пен қауіпсіздікті көрсетті. Емдеудің ең қолайлы режимі: күніне 5-10 мл дозада Ликферр100, аптасына 2-3 рет 50 бірлік/кг дозада Эральфонды тері астына енгізу.

Осылайша, біз жинақтаған клиникалық тәжірибе рекомбинантты адам эритропоэтин (Эральфон) және темір [III] сахароза кешенінің гидроксиді (Ликферр100) препараттарын біріктіріп қолдану - одан әрі дамуды талап ететін перспективалы бағыт деп есептеуге мүмкіндік береді. Бұл операция алдындағы және операциядан кейінгі кезеңдерде гинекологиялық науқастарда темір тапшылығы анемиясын емдеудегі жаңа деңгей болып табылады.

### Әдебиеттер тізімі

1. Джаббарова Ю. К. Безопасное лечение железодефицитной анемии тяжелой степени в акушерско-гинекологической практике //министерство здравоохранения республики узбекистан республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии ассоциация врачей частной практики Узбекистана клиника «mahliyo-shifo» & v «mahliyo-shifo» & V. – 2007. – Т. 357. – С. 43
2. Белоцерковцева Л. Д., Буданов П. В. Проблемы эффективности терапии железодефицитной анемии у беременных //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11. – №. 3. – С. 80-84.
3. Чушков Ю. В. Современные возможности коррекции дефицита железа в акушерстве и гинекологии //Гинекология. – 2011. – Т. 6. – С. 44-7
4. Федорова Т. А. и др. Коррекция железодефицитной анемии у пациенток с меноррагиями //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 4.
5. Федорова Т. А. и др. Лечение железодефицитной анемии на этапе предоперационной подготовки пациенток с миомой матки //Медицинский совет. – 2015. – №. XX. – С. 82-85.

6. Уварова Е. В., Григоренко Ю. П., Сергеева Н. В. Распространенность и возможности устранения железодефицитной анемии у девочек с различной гинекологической патологией //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – №. 5. – С. 43-52.
7. Стуклов Н. И., Луговая Е. О., Леваков С. А. Новые возможности прогнозирования и оценки эффективности лечения железодефицитной анемии //Фарматека. – 2010. – №. 9. – С. 72-76
8. Тихомиров А. Л., Сарсания С. И. Рациональная антианемическая терапия в гинекологии //Трудный пациент. – 2019. – Т. 17. – №. 8-9. – С. 43-48.
9. Евсеев А. А., Пивоварова О. Ю., Аграновская А. В. Принципы лечения железодефицитной анемии у женщин с гинекологической патологией //Акушерство и гинекология. – 2014. – №. 10. – С. 111-115.
10. Селихова М. С., Солтыс П. А., Калачева Л. С. Профилактика и лечение железодефицитной анемии в практике акушера-гинеколога //РМЖ. Мать и дитя. – 2020. – Т. 3. – №. 4. – С. 276-281.
11. Агабабян Л., Махмудова С. Современные подходы лечения железодефицитной анемии у женщин фертильного возраста //Журнал вестник врача. – 2017. – Т. 1. – №. 3. – С. 19-23.
12. Махмудова С., Агабабян Л. Проблема железодефицитной анемии в акушерстве и гинекологии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 3 (84). – С. 150-155.

ӘОЖ 616.6-089-05.

**Әлихан М., Жолымбекова Л.Д. <sup>1</sup>,Тулекеева А.О. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

<sup>2</sup> Шымкент медициналық колледжі, Шымкент қаласы

## **СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК**

### ***Аннотация***

*Экстрагенитальды патология-бұл гинекологиялық аурулар және жүктіліктің акушерлік асқынулары емес екендігімен біріктірілген жүкті әйелдердегі әртүрлі және әртүрлі аурулардың, синдромдардың, жағдайлардың көптеген тобы болып табылады. Соның ішінде жүктілік кезінде, жүктіліктен тыс уақыттада жиі кездесетін аурулар бүйрек аурулары болып табылады. Созылмалы бүйрек ауруларын зерттеу қазіргі заманғы акушерлік және перинатология тұрғысынан өзекті мәселелердің бірі болып табылады, өйткені көбінесе ауру жүктілік кезінде пайда болады немесе бұл жүктілік*

процесінің күрделі ағымын және анада осы патология болған кезде жаңа туған нәрестелердің жоғары аурушаңдығын анықтайды. Созылмалы бүйрек аурулардың болуы босану мен босанғаннан кейінгі кезеңдерді қиындатады.

**Кілтті сөздер:** бүйрек аурулары, жүктілік, асқыну, емі, зерттеу, аурушандық

**Әлихан М., Жолымбекова Л.Д. <sup>1</sup>, Тулекеева А.О. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

<sup>2</sup>Шымкентский медицинский колледж, г. Шымкент, Қазақстан

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ**

### **Аннотация**

*Экстрагенитальная патология представляет собой многочисленную группу различных и разнообразных заболеваний, синдромов, состояний у беременных в сочетании с тем, что она не является гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности. Наиболее распространенными заболеваниями, в том числе во время беременности, вне беременности, являются заболевания почек. Исследование хронических заболеваний почек является одной из актуальных проблем с точки зрения современного акушерства и перинатологии, так как чаще всего заболевание возникает во время беременности, либо оно определяет сложное течение процесса беременности и высокую заболеваемость новорожденных при наличии у матери данной патологии. Наличие хронических заболеваний почек затрудняет роды и послеродовой период.*

**Ключевые слова:** заболевания почек, беременность, осложнения, лечение, исследования, заболеваемость

**Alikhan M., Zholymbekova L. D. <sup>1</sup>, Tulekeeva A. O. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

<sup>2</sup> Shymkent Medical College, Shymkent, Kazakhstan

## **CHRONIC KIDNEY DISEASE AND PREGNANCY**

### **Annotation**

*Extragenital pathology is a large group of various and different diseases, syndromes, conditions in pregnant women, united by the fact that they are gynecological diseases and not obstetric complications of pregnancy. The most common diseases, including during pregnancy, outside of pregnancy, are Kidney Diseases. The study of chronic kidney disease is one of the most*

*pressing problems from the point of view of modern obstetrics and Perinatology, since most often the disease occurs during pregnancy or it determines the complex course of the pregnancy process and the high morbidity of newborns in the presence of this pathology in the mother. The presence of chronic kidney diseases complicates childbirth and the postpartum period.*

**Key words:** kidney disease, pregnancy, complications, treatment, research, morbidity

**Кіріспе.** Жүктілік пен босану ағымын қиындататын экстрагенитальды аурулардың ішінде бүйрек пен зәр шығару жолдарының патологиясы жүрек пен қан тамырлары ауруларынан кейін екінші орында. Әйелдер консультациясында жүкті әйелдерді бақылаудың амбулаториялық кезеңінде жүкті әйелдердің 30-35% - у бүйрек аурулары байқалады. Көбінесе пиелонефрит (10-12 %), асимптоматикалық бактериурия (6-10 %) және әлдеқайда аз (0,1–0,2%) гломерулонефрит, уролития, цистит анықталады. Созылмалы пиелонефрит-баяу, мезгіл-мезгіл өршіп тұратын бактериялық қабыну бүйрек интерстициумы, нәтижесінде тұрақты өзгерістер болады

шыныаяқ-жамбас жүйесі, содан кейін паренхиманың склерозы және бүйректің мыжылуы [1]. Алғаш рет жүктілік кезінде пайда болған Пиелонефрит жүкті әйелдердің гестациялық немесе пиелонефрит деп аталады. Көбінесе әйел

жүктілікке дейін пиелонефритпен ауырады, оның аясында пиелонефрит өршуі немесе созылмалы түрде жүруі мүмкін. Көбінесе ауру көрінеді немесе пайда болады

жүктілік кезінде алғаш рет гестациялық процестің асқынған ағымын және анасында осы патология болған кезде жаңа туған нәрестелердің жоғары аурушандығын анықтайды

сондықтан созылмалы пиелонефрит мәселесін зерттеу қазіргі Акушерлік және перинатология тұрғысынан өзекті болып отыр. Соңғы уақыттарда бүйрек аурулары дәстүрлі түрде сирек кездеседі деп саналды, бірақ қазіргі уақытта олардың әлеуметтік маңыздылығы арта түсуде. Созылмалы бүйрек ауруы (созылмалы бүйрек ауруы) бүкіл әлем бойынша халықтың 10-11% - ына әсер етеді. Бұл ретте бүйрек функциясының тұрақты төмендеуінің таралуы (шумақтық сүзілу жылдамдығы (шумақтық сүзілу жылдамдығы) 15-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> диапазонында) жалпы популяцияда кемінде 3,8% құрайды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы созылмалы бүйрек ауруын бесінші "өлтіруші ауру" деп таныды (алғашқы төртеуі-кәтерлі ісік, жүрек – қан тамырлары аурулары, өкпе аурулары және қант диабеті) [1, 2].

Көбінесе бүйрек аурулары ұзақ уақыт бойы айқын клиникалық белгілерге ие емес, кейде тіпті зәрдің жалпы талдауындағы елеулі өзгерістермен бірге жүрмейді, ал қанның биохимиялық құрамындағы өзгерістерді түсіндіру практикалық дәрігерлерге қиындық

тудырады. Бұл созылмалы бүйрек ауруының уақтылы диагностикаланбауына, емдеудің кеш басталуына, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің (созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі) жоғары даму жиілігіне әкеледі. Пациенттердің көпшілігі өздерінің аурулары туралы кеш біледі, егер дәрі-дәрмекпен емдеу науқастың жағдайын жақсартса алмаса және бүйректі алмастыратын терапия әдістерін қолдану қажет болса – гемодиализ немесе перитонеальді диализ, содан кейін бүйрек трансплантациясы қолданылуы мүмкін. Бір қызығы, дамыған елдерде созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің дамуының негізгі себептері "таза нефрологиялық" аурулар емес (созылмалы гломерулонефрит, созылмалы пиелонефрит, бүйрек амилоидозы, поликистоз ауруы), бірақ өте кең таралған "популяциялық" аурулар – қант диабеті, артериялық гипертензия, семіздік және гиперурикемия [3, 4].

**Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі және жіктелуі.** Бұрын созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің сарысулық креатинин мәндеріне негізделген бірнеше әртүрлі классификациялары ұсынылды, бұл жеке пациенттердегі бүйрек функциясының жағдайын нақты бағалауды, клиникалық зерттеулердің нәтижелерін салыстыруды және емдеу мен алдын алудың бірыңғай тәсілдерін әзірлеуді қиындатты.

2002 жылы бүйректің зақымдануының ауырлығын бағалаудың бірыңғай классификациясы мен әмбебап критерийлерін құру мақсатында АҚШ Ұлттық бүйрек қоры (National Kidney Foundation) алғаш рет созылмалы бүйрек ауруы (Chronic Kidney Disease) тұжырымдамасын тұжырымдады, оны Еуропалық бүйрек қауымдастығының – Еуропалық диализ және трансплантация қауымдастығының (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) сарапшылары одан әрі талқылап, пысықтады, сондай-ақ бүйрек ауруларының жаһандық нәтижелерін жақсарту жөніндегі бастамашыл топ (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) [5]. Қазіргі уақытта созылмалы бүйрек ауруы ұғымы және оның жіктелуі бүкіл әлемде танылды. Біздің елімізде а. в. Смирновтың жетекшілігімен Ресейдің Нефрологтар ғылыми қоғамының Басқарма мүшелерінің жұмыс тобы халықаралық тәжірибені ескере отырып, "бүйректің созылмалы ауруы: негізгі ережелері, анықтамасы, диагностикасы, скринингі, алдын алу және емдеу тәсілдері" ұлттық ұсыныстарын жасады [6]. Естеріңізге сала кетейік: созылмалы бүйрек ауруы деп нозологиялық диагнозға қарамастан үш айдан астам уақытқа созылатын бүйрек зақымдануының кез-келген маркерлерінің болуын түсіну керек. Созылмалы бүйрек ауруы диагнозы келесі критерийлер негізінде белгіленеді:

- кем дегенде үш ай аралықпен расталған бүйрек зақымдануының кез келген клиникалық маркерлерінің болуы;

- ағзаның өмір бойы морфологиялық зерттеуінде немесе оны визуализациялауда бір рет анықталған органның қайтымсыз құрылымдық өзгерістерінің кез келген маркерлері;
- гломерулярлық сүзу жылдамдығының төмендеуі  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бүйректің зақымдануының басқа белгілеріне қарамастан үш ай немесе одан да көп уақыт ішінде.

Бүйрек зақымдану маркерлерінің болуына немесе болмауына қарамастан, трансплантацияланған бүйрегі бар науқастар әрқашан созылмалы бүйрек ауруы бар науқастар ретінде қарастырылатыны маңызды.

Басқаша айтқанда, созылмалы бүйрек ауруын диагностикалау үшін кем дегенде үш айлық аралықпен (бүйректің қайтымды зақымдануын болдырмау үшін) бүйректің зақымдану маркерлерінің болуын растау қажет. Дәл осындай аралық деңгейдің төмендеуін тексеру үшін қажет гломерулярлық сүзу жылдамдығы  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> егер бұл созылмалы бүйрек ауруының жалғыз белгісі болса. Кейде созылмалы бүйрек ауруы диагнозын бірден анықтауға болады, мысалы, егер бір рет жасалған бейнелеу аспаптық әдістерінің немесе өмір бойы морфологиялық зерттеудің деректері бүйректің қайтымсыз құрылымдық өзгерістерін анық көрсетсе.

Созылмалы бүйрек ауруы тұжырымдамасы нозологиялық диагноз қою қажеттілігін жоққа шығармайды. Отандық ұлттық ұсыныстарға сәйкес медициналық құжаттамада алдымен нозологиялық диагноз, содан кейін созылмалы бүйрек ауруы, сатысы көрсетілген шумақтық сүзілу жылдамдығы жазылуы керек. 1), альбуминурия/протеинурия индексі және бүйрек алмастыру терапиясының түрі [7].

Созылмалы бүйрек ауруы созылмалы бүйрек жеткіліксіздігіне қарағанда кеңірек ұғым екені анық, оның негізгі белгісі тұрақты төмендеу болып табылады гломерулярлық сүзу жылдамдығы  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Бірінші және екінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы бар науқастар әлі созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастар қатарына жатпайды, бірақ 3а–5 сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы (гломерулярлық сүзілу жылдамдығы  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) созылмалы бүйрек жеткіліксіздігіне сәйкес келеді [6, 7].

**Репродуктивті жастағы әйелдер арасында созылмалы бүйрек ауруының таралуы және созылмалы бүйрек ауруындағы жүктіліктің асқынуы.** Жалпы популяцияда созылмалы бүйрек ауруының таралуы жоғары, бүйректің зақымдану белгілері көбінесе репродуктивті кезеңде әйелдерде анықталады. Шетелдік авторлардың пікірінше, бала туу жасындағы (20-39 жас) әйелдерде бірінші – екінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруының таралуы кемінде 3%, ал үшінші – бесінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруының таралуы шамамен 0,6 – 0,7% құрайды [9]. Осыған байланысты өзекті сұрақ туындайды: созылмалы

бүйрек ауруы жүктіліктің барысы мен нәтижелеріне, ал жүктіліктің өзі бүйрек ауруының болжамына қалай әсер етеді? Бүйрек функциясы сақталған кезде де бүйрек аурулары бар әйелдерде жүктілік (бірінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы) ауыр проблемалармен қатар жүретіні белгілі: жалпы популяциямен салыстырғанда Акушерлік және перинаталдық асқынулар мен мерзімінен бұрын босану жиілігінің жоғарылауы, іштің босану қажеттілігі, жаңа туған нәрестелердің қарқынды терапияға қажеттілігі. 13 зерттеуді қамтитын жүйелі шолудың (2011) мәліметтері бойынша, созылмалы бүйрек ауруы бар емделушілерде ананың қолайсыз жағдайларының (гестациялық артериялық гипертензия, преэклампсия, эклампсия және ана өлімі) жиілігі 11,5% құрады, ал сау әйелдерде 2% [8].

Айта кету керек, созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда жүктіліктің асқынуының нақты жиілігі айтарлықтай бағаланбауы мүмкін. Бүйрек қызметі нашарлаған сайын бұл асқынулардың жиілігі артады, яғни созылмалы бүйрек ауруының артериялық гипертензиямен және тәулігіне 1 г-нан астам протеинуриямен қатар сатысы ана мен бала үшін қолайсыз нәтиже қаупін арттырады. Бұл факторлар нозологиялық диагноздан гөрі жүктіліктің болжамына әсер етеді, әрине, кейбір ерекшеліктерді қоспағанда [8].

### **Созылмалы бүйрек ауруындағы жүктіліктің асқынуының сипаттамасы**

Жалпы, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастарда жүктіліктің асқынуын шартты түрде екі үлкен топқа бөлуге болады.

I. созылмалы бүйрек ауруының болуымен / өршуімен байланысты асқынулар:

- артериялық гипертензияның қосылуы;
- протеинурияның қосылуы;
- бүйрек функциясының нашарлауы (созылмалы бүйрек ауруы аясында әрдайым қайтымды жедел бүйрек зақымдануының дамуы);
- анемия;
- зәр шығару жүйесінің жұқпалы-қабыну ауруларының қосылуы/өршуі;
- созылмалы бүйрек ауруы жоқ жүкті әйелдермен салыстырғанда преэклампсияның жиі қосылуы (бүйрек ауруының өршуі мен преэклампсия белгілері арасында дифференциалды диагноз қою қиындықтарымен).

II. Фетоплацентарлы кешен патологиясымен байланысты асқынулар:

- перинаталдық асқынулар (медициналық көрсеткіштер бойынша жүктіліктің үзілуі, өздігінен түсік түсіру, дамымайтын жүктілік, перинаталдық өлім);
- фетоплацентарлы жеткіліксіздік, ұрықтың өсуінің тежелу синдромы, гипотрофия, гестациялық кезеңге өте аз дене салмағы бар балалардың тууы, ұрықтың созылмалы құрсақшілік гипоксиясы;



- мерзімінен бұрын босану;
- даму ауытқулары бар балалардың туылу мүмкіндігі .

Тіпті сау жүкті әйелдерде гемоглобиннің төмендеуі байқалады, бұл ұрықтың тез өсуіне байланысты темір тапшылығының жоғарылауымен және жүктілік кезінде сұйықтықтың физиологиялық сақталуына байланысты қанның "сұйылту" құбылысымен түсіндіріледі. Дегенмен, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастарда гемоглобиннің төмендеуі сау әйелдерге қарағанда айқынырақ және ертерек дамиды[9].

**Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар пациенттерде жүктілікті жүргізу туралы шешім қабылдау** Акушер-гинекологтар мен нефрологтар үшін ең қиын міндеттердің бірі- белгілі созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар емделушілерде жүктілікті жоспарлау немесе жоспарланбаған жүктілікті ұзарту , сондай-ақ жүктілік кезінде алғаш рет диагноз қойылған созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар әйелдерде баланы сақтау мүмкіндігі туралы шешім қабылдау. Жүктілік кезіндегі созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі диагнозы қиындық тудыруы мүмкін және дәрігерлерден жүктілік кезінде бүйрек қан ағымы мен бүйрек функциясының функционалдық өзгерістерінің ерекшеліктері туралы белгілі бір жұмыс тәжірибесі мен білімін талап етеді. Жүктілік кезіндегі кейбір зертханалық көрсеткіштердің нормалары өзгереді, бұл норма мен патологияның дифференциалды диагнозын қиындатады. Сонымен, жүктілік кезіндегі гемодинамиканың өзгеру ерекшелігіне және гломерулярлық сүзілу жылдамдығының жоғарылауына байланысты қалыпты мәндер жүктіліктің ең ерте кезеңдеріндегі гломерулярлық сүзілу жылдамдығы жоғарылайды, орта есеппен 120-150 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> құрайды, сондықтан сарысулық креатининнің қалыпты деңгейі жүктілікке дейінгі деңгейден төмен. Демек, креатинин нормасының жоғарғы шегі (80-96 мкмоль/л) және қалыпты мәндердің төменгі шегі болып саналатын көрсеткіштер жүкті емес адамдар үшін шумақтық сүзілу жылдамдығы (80-90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) жүктілік кезінде бүйрек функциясының бұзылуын көрсетуі мүмкін. Созылмалы бүйрек ауруының кезеңін дәл анықтау үшін, әрине, креатинин деңгейі мен жүктілікке дейінгі шумақтық сүзілу жылдамдығы туралы мәліметтер болуы керек, бұл іс жүзінде әрдайым мүмкін емес. Есте сақтау керек: белгілі есептеу формулалары гломерулярлық сүзу жылдамдығы жүкті әйелдерде қолдануға арналмаған[10]. Сондықтан жүкті әйелдердегі бүйрек функциясын бағалау эндогендік креатинин клиренсі бойынша гломерулярлық сүзілу динамикасы мен жылдамдығын Егер мұндай науқастарда жүктілік ұзаққа созылса, онда, әдетте, одан әрі төмендеу гломерулярлық сүзілу жылдамдығы жүктілік кезінде бүйректі алмастыратын терапияны шұғыл жүргізу қажеттілігін тудырады (диализбен емдеу). Кейбір жағдайларда әйелді бүйрек функциясының жақсаруы мүмкін аурудың тұрақты ремиссиясын алғанға дейін

жүктілікті біраз уақытқа кейінге қалдыруға сендіру керек, мысалы.патогенетикалық терапия жүргізілсе және бүйрек функциясының нашарлауы кем дегенде ішінара қайтымды болса.Диализбен (бағдарламалық немесе перитонеальді) емделетін бесінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы бар әйелдер әдетте ановуляторлық циклдармен және бедеулікпен сипатталады. Дегенмен, диализбен емделген бала туу жасындағы әйелдердің жүктілік деңгейі жылына шамамен 0,5% құрайды, ал барлық жүктілік сәтті аяқталмайды. Соңғы уақытта нәтижелер біршама жақсарды - әртүрлі зерттеулер мен регистрлер 40-85% жағдайда диализбен емделген пациенттерде тірі балалардың тууы туралы хабарлайды [11]. Бағдарламалық гемодиализ алатын әйелдердегі сәтті жүктілік жағдайлары отандық әдебиеттерде де сипатталған.Сонымен қатар, диализбен ауыратын науқастардағы жүктілік жүктіліктің жоғалуы, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі, анемия, инфекциялар, полигидрамниоз, бақыланбайтын артериялық гипертензия, преэклампсия/эклампсия, акушерлік қан кету, кесарь тілігі, ана өлімі, ұрықтың өсуінің тежелуі сияқты ауыр аналық және ұрық асқынуларының жоғарылауымен байланысты, мерзімінен бұрын босану, респираторлық дистресс синдромы және жаңа туған нәрестелерге қарқынды терапия қажет, ұрықтың жатыршілік өлімі немесе нәрестенің неонаталдық кезеңдегі өлімі [11].

### **Созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда прегравидарлыдайындықтың ерекшеліктері**

Прегравидальды дайындық кезінде жүктілік кезінде қауіпті препараттарды (FDA классификациясы бойынша С және D санаттары) алып тастау немесе жүкті әйелдерге рұқсат етілген дәрі-дәрмектермен алмастыру маңызды. Жүктілік кезінде созылмалы бүйрек ауруы бар әйелдердегі нефропротекторлық стратегияның көптеген компоненттерін алып тастау керек. Ангиотензин түрлендіретін фермент ингибиторлары мен ангиотензин II рецепторларының блокаторлары жүктілік кезінде қарсы болып табылады, өйткені олар бүйректің ғана емес, ұрықтың басқа мүшелерінің дамуы мен қызметін бұзады, егер жаңа туған нәресте аман қалса, ұзақ мерзімді салдары бар. Бұл жағдайға сілтеме жасау үшін жақында "ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің блокадасының ұрық синдромы" термині ұсынылды.

Статиндерді қабылдауды тоқтату керек. Егер жүктілік жоспарланбаған болса, онда ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесін блоктайтын препараттар мен статиндер жүктілік анықталғаннан кейін бірден жойылады. Егер пациент үнемі варфарин қабылдаған болса, онда прегравидарлы дайындық кезеңінде оны гепарин терапиясымен ауыстыру қажет. Иммуносупрессивті препараттарға келетін болсақ, жүктілік кезінде

кортикостероидтарды және/немесе циклоспорин А немесе такролимусты қабылдау жалғасуы мүмкін. Сонымен қатар, микофенолаттар (микофенолат мофетил, натрий микофенолаты) болжамды тұжырымдамадан төрт – алты апта бұрын жойылуы керек. Бұл трансплантологияда қолданылатын пролиферативті сигнал ингибиторлары (сиролимус, эверолимус) препараттарына да қатысты. Циклофосфамидпен емдеу аяқталғаннан кейін жүктілік басталғанға дейін кем дегенде екі жыл өтуі керек[12]. Преэклампсия мен фетоплацентарлы жеткіліксіздік қаупі жоғары болған кезде (біздің ойымызша, созылмалы бүйрек ауруы бар барлық әйелдер осы топқа жатады), жүктілікті жоспарлау кезеңінде гепарин мен дипиридамолды бастау керек. Фракцияланбаған және төмен молекулалы гепариндерді қолдануға болады. Төмен молекулалы гепариндерді қолданған жөн, өйткені олар геморрагиялық асқынулардың аз болуына әкеліп соқтыратын Х коагуляция факторына қатысты айтарлықтай жоғары белсенділікке ие. Сонымен қатар, төмен молекулалы гепариндер созылмалы бүйрек ауруының дамуынан туындаған негізгі патогенетикалық асқынуларды түзетеді: липидті Профильді жақсартады (фракцияланбағаннан айырмашылығы, төмен молекулалы гепариндер липопротеин липаза ферментін белсендірмейді), сонымен қатар пациенттердің осы тобына тән сүйек жоғалуының әсерін азайтады. Фракцияланбағанмен салыстырғанда төмен молекулалы гепариндердің бірқатар артықшылықтары бар:

- жоғары биожетімділігі;
- тері астына инъекциядан кейін жартылай шығарылу кезеңі ұзағырақ;
- амбулаториялық қолдану мүмкіндігі;
- терапевтік диапазонның кеңдігіне және болжамды жауапқа байланысты дозалардың ыңғайлылығы;
- антикоагулянтты зертханалық бақылаудың қажеті жоқ;
- күнделікті тері астына бір рет енгізу.

Созылмалы бүйрек ауруы және дәлелденген антифосфолипидті синдромы бар емделушілерге жүктілік және босанғаннан кейінгі кезеңде аспиринмен тәулігіне 75-100 мг дозада пероральды емдеу және төмен молекулалы гепариндерді тері астына енгізу көрсетіледі.

Дипиридамол (Курантил ® ) сонымен қатар созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда жүктілікті басқаруда таптырмас дәрі болып табылады. Бүйректің микроциркуляторлық деңгейінде әрекет ете отырып, ол уродинамикаға әсер етеді, бүйректегі метаболикалық процестердің белсендірілуіне және, мүмкін, коллатеральды қан айналымының дамуына ықпал етеді, фетоплацентарлы қан ағымының қызметін жақсартады. Бұл препарат

антиагрегантты, антиагрегантты әсерге ие. Ол протеинурия мен гематурияны орташа төмендетеді, неврологиялық патологияның даму қарқынын төмендетеді, антиоксиданттық қасиеттерге ие [36].

### **Созылмалы бүйрек ауруы бар әйелдерде жүктілікті жүргізу**

Созылмалы бүйрек ауруы бар жүкті әйелді акушер-гинеколог та, нефролог та гестацияның 22-ші аптасына дейін кем дегенде екі аптада бір рет, содан кейін апта сайын бару жиілігімен бақылауы керек. Науқас күн сайын қан қысымын (күніне кемінде екі рет) және дене салмағын бақылауы керек. Дені сау жүкті әйелдерге қарағанда Сарысу креатининінің, зәр қышқылының, күнделікті протеинурияның деңгейін бақылау, коагулограмма нәтижелерін, бүйректің ультрадыбыстық суретін, ұрықтың жай-күйінің көрсеткіштерін салыстыру, асимптоматикалық бактериурияны бақылау қажет.

Зәрді жалпы талдау аптасына бір рет жүргізіледі, ал клиникалық қан анализі (тромбоциттерді міндетті түрде анықтаумен), тәуліктік протеинурияны анықтау, зәр культурасы, қан сарысуын биохимиялық зерттеу (оның ішінде креатинин, натрий, калий, жалпы ақуыз, альбумин деңгейін анықтау) екі аптада бір рет жүктіліктің 30-32 аптасына дейін жүргізіледі, содан кейін апта сайын [13]. Қандағы кальций мен фосфор концентрациясын бақылау қажет, өйткені созылмалы бүйрек ауруына тән фосфор-кальций алмасуының бұзылуы ұрық қаңқасының дамуына әсер етіп, жүкті әйелдің жағдайына теріс әсер етуі мүмкін. Жүктілік кезінде қандағы циклоsporин мен такролимус концентрациясы айтарлықтай төмендейтіні белгілі. Осыған байланысты циклоsporин немесе такролимус қабылдаған жүкті әйелдерде бұл препараттардың қандағы концентрациясын үнемі бақылау керек – кем дегенде екі – төрт аптада бір рет, қажет болған жағдайда жиі, сондай-ақ олардың дозасын түзету керек.

Жүктілік диагнозы қойылған сәттен бастап пациенттерге тұзды (тәулігіне кемінде 5-6 г) және сұйықтықты (тәулігіне кемінде 1800 мл) тұтынуды қатаң шектеуден аулақ болу, сондай-ақ ақуызды тұтынуды тәулігіне 1,0 – 1,2 г/кг-ға дейін, ал жүктіліктің екінші жартысында тәулігіне 1,6-1,8 г/кг-ға дейін арттыру ұсынылады. Гемодиализдегі ақуызды тұтынудың ұсынылатын тәуліктік дозасы тәулігіне 1,5 г/кг – ға дейін, ал перитонеальді диализде-тәулігіне 1,8 г/кг-ға дейін, диетаның калория мөлшері тәулігіне 30-35 ккал/кг құрайды. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі кезінде де жүкті әйелдерде тұзды қатаң шектеу және диетадағы ақуыз квотасын төмендетуге жол берілмейді. Бұл ұрықтың жатырішілік өсуінің тежелуіне, эмбриогенез процесінде ұрықта бүйрек шумақтарының жеткіліксіз қалыптасуына әкелуі мүмкін, сондықтан баланың болашақ гипертензияға және созылмалы

бүйрек ауруларына бейімділігін тудыруы мүмкін. Сондай-ақ, жүкті әйелдің суда еритін дәрумендерге деген қажеттілігін қамтамасыз ету қажет [14].

Егер жүктілік бағдарламалық гемодиализ терапиясын алатын пациентте болса және науқас жүктілікті ұзартуға үзілді-кесілді бейімделсе, диализ бағдарламасын күшейту қажет. Жүктілік кезіндегі диализдің оңтайлы дозасы туралы нақты ұсыныстар жоқ, бірақ диализ уақытының аптасына 20 сағаттан асуы нәтижені жақсартады. Баяу ультрафилтрациямен күнделікті диализ азотемияның максималды төмендеуіне қол жеткізуге, гиповолемия мен артериялық гипотензия эпизодтарын, сондай-ақ жатыр-плацентарлы-ұрық қан ағымының бұзылуын болдырмауға мүмкіндік береді. Гемодиализ процесінде сұйықтықты тұтыну және оны жою көлемін дәрігер қатаң жеке белгілейді. Әдетте жүктіліктің екінші триместрінен бастап "құрғақ салмақ" (постдиализдік) аптасына орта есеппен 450 г-ға біртіндеп артады [14].

Созылмалы бүйрек ауруы бар жүкті әйелдерде қан қысымын түзету үшін кальций дигидропиридин антагонистері (нифедипин, амлодипин) кейде селективті бета-блокаторлармен (Бисопролол, Небиволол), метилдопа, гидралазинмен бірге қолданылады. Артериялық гипертензияны диагностикалау және терапияның тиімділігін бақылау үшін күнделікті қан қысымын бақылауды қолданған жөн.

Преэклампсияны емдеуде классикалық магнезиялық терапия міндетті түрде қолданылады, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі үшін магний сульфатының тәуліктік дозасы төмендеуіне сәйкес төмендеуі керек. ауыр гипермагниемияның алдын алу үшін гломерулярлық сүзу жылдамдығы. Магний сульфатын қандағы магний деңгейін бақылауда қолдану оңтайлы. Магний сульфатымен емдеу аясында қан сарысуындағы магнийдің емдік концентрациясы 2,0–4,0 ммоль/л, асқынулардың (парездер, тыныс алу бұзылыстары) дамуына қатысты шекаралық – 5,0 ммоль/л, сыни – 6,5 ммоль/л болып саналады [15].

Жүктілік кезіндегі анемияны емдеу үшін фоль қышқылымен біріктірілген пероральды (ауыр анемиямен – көктамыр ішіне) темір препараттары қолданылады. Диализ терапиясын алатын жүкті әйелдерге темір препараттары гемоглобин мен Сарысу ферритинінің бақылауымен көктамыр ішіне тағайындалады. Жүктілік кезінде ана мен ұрық шамамен 800-1000 мг темір алуы керек екенін есте ұстаған жөн. Эритропоэтиндер созылмалы бүйрек ауруы бар үшінші сатыдағы жүкті әйелдерде сирек қолданылады, бірақ әрдайым дерлік босанғаннан кейінгі анемияны емдеу хаттамасына, сондай-ақ гемодиализдегі немесе бүйрегі трансплантацияланған науқастарда жүктілік кезінде енгізіледі. Диализдегі жүкті әйелдердегі гемоглобин мен гематокриттің мақсатты мәндері сәйкесінше 100-110 г/л және 30-35% мәндер болып саналады [13]. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар жүкті әйелдерде қан

сарысуындағы кальций мен фосфордың қалыпты көрсеткіштерін сақтауға тырысу керек . Гипокальциемияны жою үшін және фосфатты байланыстыратын препараттар ретінде кальций карбонатын тәулігіне 2-3 г дейін қолдануға болады. Қайталама гиперпаратиреозды және/немесе гипокальциемияны түзету мақсатында d – кальцитриол немесе альфа-d витам витаминінің белсенді метаболиттерін тәулігіне 0,125–0,25 мкг дозада немесе күн сайын қосымша тағайындауға болады. Кальций мен D витам дәрумені препараттарын сарысудағы кальций мен фосфордың Мұқият бақылауымен қабылдау керек. Кальций деңгейінің шамадан тыс жоғарылауымен, фосфор-кальций өнімінің (кальций × фосфор)  $\geq 4,4$  ммольге дейін жоғарылауы 2/л2 препараттарды тоқтату керек, өйткені қаңқадан тыс кальцификация және бүйректің жедел зақымдану қаупі жоғары. Диализбен ауыратын науқастарда сүйек-минералды бұзылуларды түзету үшін қолданылатын севеламер, Лантана карбонаты, алюминий гидроксиді, цинакалцет және парикальцитол сияқты препараттар жүкті әйелдерде зерттелмеген [14,15].

### **Қорытынды**

Бірінші - екінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы бар әйелдерде және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар пациенттердің бір бөлігінде (үшінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы) бүйрек функциясының тұрақтылығымен, ауыр артериялық гипертензияның болмауымен және/немесе тұжырымдама кезінде бүйрек ауруының өршуімен жүктіліктің қолайлы нәтижесінің ықтималдығы өте жоғары. Бұл бүйрек трансплантациясынан кейінгі науқастарға да қатысты: белгілі бір жағдайларда жүктілік ағымы қолайлы болуы мүмкін.

Алайда, бұл жүкті әйелдерде ауыр акушерлік асқынулардың даму қаупі жоғары, перинаталдық нәтиже қанағаттанарлықсыз және босанғаннан кейін бүйрек функциясының тұрақты төмендеуі. Жүктілікті жоспарлау, жүкті әйелдерді акушер-гинеколог пен нефрологтың қарқынды бірлескен бақылауы қажет, жүктіліктің ерте кезеңдерінен бастап преэклампсияның алдын-алу кезінде жүктіліктің қолайлы болжам ықтималдығы артады.

### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Худиева Г. З. и др. Особенности фетоплацентарного кровотока у беременных с воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей //Здоровье женщины. – 2014. – №. 2. – С. 72-74.
2. Серов В. Н., Тютюнник В. Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение //РМЖ. Мать и дитя. – 2008. – Т. 16. – №. 1. – С. 10-13.

3. Никольская И. Г. и др. Бактериурия у беременных с хронической болезнью почек и осложнения в перинатальном периоде //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т. 14. – №. 1. – С. 44-50.
4. Барбара П. Д. и др. ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПОЧКИ 2018 Что мы знаем и чего не знаем о заболеваниях почек у женщин; вопросы без ответов и ответы на незаданные вопросы: размышления по поводу Всемирного дня почки и Международного женского дня //Терапевтический архив. – 2018. – Т. 90. – №. 6. – С. 4-14.
5. Мухин Н. А. Хроническая болезнь почек у женщин //Клиническая фармакология и терапия. – 2011. – Т. 20. – №. 4. – С. 70-75.
6. Венцковская И. Б. и др. Беременность и хроническая почечная недостаточность //Здоровье женщины. – 2013. – №. 4. – С. 77-85.
7. Вялкова А. А. Современные представления о тубулоинтерстициальных нефропатиях и концепция хронической болезни почек в педиатрической нефрологии //Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2008. – Т. 87. – №. 3. – С. 129-131.
8. Минасян А. М., Дубровская М. В. Беременность и гестоз (обзор литературы) //Уральский медицинский журнал. 2012. Т. 105, № 13. – 2012.
9. Никольская И. Г. и др. Осложнения и исходы беременности при хронической почечной недостаточности //Альманах клинической медицины. – 2015. – №. 37. – С. 52-69.
10. ГИНЕКОЛОГИЯ А. И. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом //ISSN 1694-6405 ВЕСТНИК КГМА имени ИК АХУНБАЕВА 2018 №. – 2018. – Т. 1. – №. 1.
11. Никольская, И. Г., Новикова, С. В., Будыкина, Т. С., Цивцивадзе, Е. Б., Микаелян, А. В., & Егорова, Н. В. (2012). Беременность у пациенток с хронической почечной недостаточностью: тактика ведения и родоразрешения при консервативно-курабельной стадии. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 12(6), 21-28.
12. Исламова Е. В. Хронический гломерулонефрит и беременность //Здоровье женщины. – 2017. – №. 7. – С. 84-87.
13. Никольская И. Г., Будыкина Т. С., Крупская М. С. Патогенез перинатальных осложнений у беременных с хронической болезнью почек //Патогенез. – 2014. – Т. 12. – №. 1. – С. 36-45
14. Лысенко О. В., Лысенко И. М., Косенкова Е. Г. Течение и исход беременности у женщин с хроническим пиелонефритом //Педиатр. – 2016. – Т. 7. – №. 2. – С. 203-204.
15. Никольская И. Г. Беременность и хроническая болезнь почек: гестационные осложнения, материнские и перинатальные исходы: Докт. дисс. – 2019.

ӘОЖ 614.47.

**Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А.,**

**Айдынғалиева Д.А.**

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Медицина Университеті» КеАҚ,

Ақтөбе, Қазақстан

## **АҚПАРАТ КӨЗДЕРІ ЖӘНЕ COVID 19-ҒА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА БЕЙІЛДІЛІК**

### ***Аннотация***

**Кіріспе.** Әлеуметтік желілер вакцинациялау туралы шешімге әсер етуі мүмкін, бұл ретте әлеуметтік желілерде ақпарат тарату мен қоғамның вакциналардың қауіпсіздігіне қатысты алаңдаушылығы арасында айтарлықтай өзара байланыс бар. Дезинформациялық компаниялар мен вакцинациямен қамтудың төмендеуі арасында да маңызды байланыс байқалады [1]. COVID 19-ға қарсы вакцинацияға қатысты адамдардың қарым-қатынасын зерттеу қоғамдық пікірдің шынайы көрінісін алудың бір жолы болып табылады және үкіметке вакциналаудың артықшылықтары туралы ағарту бойынша күш-жігерді әзірлеу үшін қоғамның қарым-қатынасын түсінуге мүмкіндік береді [2].

**Зерттеудің мақсаты:** Ақтөбе қаласының тұрғындары арасында COVID 19-ға қарсы вакциналауға ақпарат көздері мен бейілділігін және отандық вакцинаға деген сенім деңгейін зерттеу болып табылады.

**Материалдар мен әдістер.** Зерттеу Ақтөбе қаласының 18-75 жас аралығындағы тұрғындары арасында 2022 жылдың қазан-қараша айлары аралығында жүргізілді. Деректерді жинау алдын ала Кронбах  $\alpha$  калькуляциялау арқылы валидацияланған ( $\alpha = 0,7$ ) әзірленген онлайн-сауалнаманы пайдалану арқылы жүргізілді. Талдау сауалнаманың келесі сұрақтар бойынша жүргізілді: 1) демографиялық; 2) COVID19-ға және ақпарат көздеріне қарсы вакциналауға қатынас пен сенімді анықтау мәселелері. Сауалнама орыс және қазақ тілдерінде әзірленді. Зерттеу үшін іріктеме көлемі Raosoft іріктемесінің өлшеміндегі онлайн калькуляторды пайдалану арқылы есептелді. Деректерді статистикалық өңдеу SPSS 25 (IBM Corp, АҚШ) бағдарламасын пайдалана отырып жүргізілді. Топтардағы сапалық белгілердің кездесу жиіліктерін салыстыру Пирсон  $\chi^2$  критерийін пайдалана отырып жүргізілді. Маңыздылық деңгейінің сыни мәні ( $p$ ) 0,05 деп қабылданды.

**Алынған нәтижелер.** Барлығы 2184 адамға сауалнама жіберілді, оның ішінен 2009 қатысушы жауап берді, жауап беру коэффициенті (RR) 92% құрады. Олардың көпшілігі



әйелдер (68%), респонденттердің ең көп саны 18-29 жаста болды, яғни 64% (1285) құрады. Қызмет түрі бойынша олардың көпшілігі білім алушылар (46,6%) және жұмыс істейтіндер (41,1%) болды. Респонденттер арасында 71,5% жоғары білімі бар және орташа табыс деңгейі (65,2%) құрады.

2009 респонденттерден 1669 адам (83,1%) вакциналанды, ал 340 адам (16,9%) - COVID-19 қарсы вакцина алмады. Вакциналаудан бас тартқан адамдардың (340) түрлі себептерді көрсетті, мәселен, барлық вакциналарға қарсы 3,2% құрады, сондай-ақ вакцинаның тиімділігіне сенбейтіндер үлесі -3,2% құрады, асқыну процессінен қорқуға байланысты 4,6% егілмеді, 3,5% медициналық қарсы көрсеткіштерге байланысты болды және респонденттердің 2,3% діни сенімге вакцинация алмаған.

Нәтижесінде вакциналанған адамдардың 85,3% -ы ресми көздерге сенім білдіреді ( $\chi^2 42,58$ ;  $p = 0,0001$ ). 369 респондент вакцина алды, оның ішінде 84,3% ресми ақпарат көздеріне сенім білдірді. Сіз COVID-19 ауруына қарсы қандай вакцинаға сенесіз? Сұрағына вакциналанғандардың көпшілігі (39,2%) «Спутник V» вакцинасын айтты ( $\chi^2 89,34$ ;  $p = 0,0001$ ). Бұл «Спутник V» вакцинасының Қазақстанда вакциналауға қолжетімді алғашқы вакциналардың бірі болуымен байланысты. Вакциналанған респонденттер арасындағы Қазақстандық вакцинаға деген сенім деңгейі 33,1% ( $\chi^2 100,09$ ;  $p = 0,0001$ ).

Осылайша, COVID-19-ға қарсы вакциналауға бейілділікті жоғары білімі бар және табысы орташа адамдар көрсетті, олар өз еріктерімен вакцина алып, ресми ақпарат көздеріне сенім білдірді, олардың үштен бірі Qaz-Vac вакцинасына сенім білдірді.

**Кілт сөздер:** вакцинацияға деген көзқарас, COVID 19, ақпарат көздері, сауалнама

#### **Әдебиеттер тізімі:**

1. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health* 2020;5:e004206. doi:10.1136/ bmjgh-2020-004206
2. Lyu H, Wang J, Wu W, Duong V, Zhang X, Dye TD, Luo J. Social media study of public opinions on potential COVID-19 vaccines: informing dissent, disparities, and dissemination// *Intell Med*. 2022 Feb;2(1):1-12. doi: 10.1016/j.imed.2021.08.001. Epub 2021 Aug 25. PMID: 34457371; PMCID: PMC8384764. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.08.001>

УДК: 614.47

**Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А.,**

**Айдынғалиева Д.А.**

<sup>1</sup>НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Актобе, Казахстан

## ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

### *Аннотация*

**Введение.** Совместное исследование США и Африки во время пандемии Covid-19 показало, что социальные сети могут повлиять на решение о вакцинации, при этом существует значительная взаимосвязь между распространением информации в социальных сетях и обеспокоенностью общественности по поводу безопасности вакцин. Существенная связь также наблюдается между кампаниями по дезинформации и снижением охвата вакцинацией [1]. Исследование настроений людей в отношении вакцинации против COVID-19 является одним из способов получения достоверной картины общественного мнения и позволяет правительству понять настроения общества для разработки усилий по просвещению о преимуществах вакцинации [2].

**Целью исследования** явилось изучение источников информации, приверженности к вакцинации против COVID 19 и уровень доверия к отечественной вакцине QazVac среди жителей г. Актобе.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено среди жителей города Актобе в возрасте от 18 до 75 лет, в период с октября по ноябрь 2021 года. Сбор данных проводился с использованием разработанной онлайн - анкеты, которая была предварительно протестирована на фокус группе и валидирована путем калькуляции альфы Кронбаха ( $\alpha = 0,7$ ). Анализ проводился по вопросам 2-х доменов анкеты: 1) демографический; 2) вопросы по выявлению отношения и доверие к вакцинации против COVID19 и источникам информации. Версия опросника была разработана на 2-х языках – русском и казахском. Объем выборки для исследования был рассчитан с использованием онлайн калькулятора размера выборки Raosoft. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 25 (IBM Corp., США). Сравнение частот встречаемости качественных признаков в группах проводили с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона. Критическое значение уровня значимости (p) принималось за 0,05.

**Полученные результаты.** Всего разослано 2184 анкет, откликнулось 2009 участников, коэффициент отклика (RR) составил 92%. Большинство из них составляли женщины (68%), наибольшее число респондентов были в возрасте 18-29 лет и составили 64% (1285). По роду

деятельности большинство из них были учащиеся (46,6%) и работающие (41,1%). Среди респондентов 71,5% имели высшее образование и средний уровень дохода (65,2%).

Из 2009 респондентов были вакцинированы 1669 человек (83,1%), а 340 (16,9%) – не получили вакцину против COVID-19. Лица, отказавшиеся от вакцинации (340 человек) указали различные причины: так, вообще против всех вакцин 3,2%, также не верят в эффективность вакцины -3,2%, из-за боязни осложнений не прививались 4,6%, 3,5% имели медицинские противопоказания и 2,3% респондентов не позволило вероисповедание.

Результаты показали, что из вакцинированных лиц 85,3% доверяют официальным источникам ( $\chi^2 42,58$ ;  $p = 0,0001$ ). Получили вакцину QazVac 369 респондентов, из них 84,3% доверяли официальным источникам информации. На вопрос анкеты: Какой вакцине против заболевания COVID-19 Вы доверяете? большинство вакцинированных (39,2%) отметили вакцину «Спутник V» ( $\chi^2 89,34$ ;  $p = 0,0001$ ). По видимому, это связано с тем, что вакцина «Спутник V» была одной из первых вакцин, доступной к вакцинации в Казахстане. Уровень доверия к казахстанской вакцине QazVac среди вакцинированных респондентов показал частичное доверие у 33,1% ( $\chi^2 100,09$ ;  $p = 0,0001$ ).

Таким образом, приверженность к вакцинации против COVID-19 показали лица с высшим образованием и средним уровнем дохода, которые были привиты по собственному желанию и выражали доверие официальным источникам информации, одна треть из них доверяли вакцине QazVac.

**Ключевые слова:** отношение к вакцинации, COVID 19, источники информации, анкетирование

#### Список литературы:

1. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health* 2020;5:e004206. doi:10.1136/bmjgh-2020-004206
2. Lyu H, Wang J, Wu W, Duong V, Zhang X, Dye TD, Luo J. Social media study of public opinions on potential COVID-19 vaccines: informing dissent, disparities, and dissemination// *Intell Med*. 2022 Feb;2(1):1-12. doi: 10.1016/j.imed.2021.08.001. Epub 2021 Aug 25. PMID: 34457371; PMCID: PMC8384764. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.08.001>

UDC: 614.47.

Yerbolat N.Ye.<sup>1</sup>, Urazayeva S.T.<sup>1</sup>, Urazayeva A.B.<sup>1</sup>, Amanshieva A.A.<sup>1</sup>, Aidyngaliyeva

D.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NJSC «West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University», Aktobe, Kazakhstan

## SOURCES OF INFORMATION AND COMMITMENT TO VACCINATION AGAINST COVID-19

### *Annotation*

**Introduction.** A joint study of the United States and Africa during the Covid-19 pandemic showed that social networks can influence the decision to vaccinate, while there is a significant relationship between the dissemination of information on social networks and public concern about the safety of vaccines. A significant link is also observed between disinformation campaigns and a decrease in vaccination coverage [1]. The study of people's attitudes towards vaccination against COVID-19 is one of the ways to get a reliable picture of public opinion and allows the government to understand the mood of society to develop efforts to educate about the benefits of vaccination [2].

**The aim of the study** was to study the sources of information, adherence to vaccination against COVID 19 and the level of confidence in the domestic QazVac vaccine among the residents of Aktobe.

**Materials and methods.** The study was conducted among residents of the city of Aktobe aged 18 to 75 years, in the period from October to November 2022. Data collection was carried out using a developed online questionnaire, which was previously tested on a focus group and validated by calculating Cronbach's alpha ( $\alpha = 0.7$ ). The analysis was carried out on the questions of 2 domains of the questionnaire: 1) demographic; 2) questions on identifying attitudes and trust in vaccination against COVID19 and information sources. The questionnaire version was developed in 2 languages - Russian and Kazakh. The sample size for the study was calculated using the Raosoft online sample size calculator. Statistical data processing was carried out using SPSS 25 software (IBM Corp., USA). The frequency of occurrence of qualitative features in the groups was compared using the Pearson criterion  $\chi^2$ . The critical value of the significance level (p) was assumed to be 0.05.

**The results obtained.** A total of 2184 questionnaires were sent out, 2009 participants responded, the response rate (RR) was 92%. The majority of them were women (68%), the largest number of respondents were aged 18-29 years and made up 64% (1285). By occupation, most of them were students (46.6%) and working (41.1%). Among the respondents, 71.5% had higher education and average income (65.2%).

Of the 2009 respondents, 1,669 people (83.1%) were vaccinated, and 340 (16.9%) did not receive the COVID-19 vaccine. Persons who refused vaccination (340 people) indicated various

reasons: so, in general, 3.2% against all vaccines, also do not believe in the effectiveness of the vaccine -3.2%, 4.6% were not vaccinated due to fear of complications, 3.5% had medical contraindications and 2.3% of respondents were not allowed by religion.

The results showed that 85.3% of vaccinated individuals trust official sources ( $\chi^2 42,58$ ;  $p=0,0001$ ). 369 respondents received the QAZVAC vaccine, of which 84.3% trusted official sources of information. To the questionnaire question: Which vaccine against COVID-19 disease do you trust? The majority of vaccinated (39.2%) noted the Sputnik V vaccine ( $\chi^2 89,34$ ;  $p=0,0001$ ). Apparently, this is due to the fact that the Sputnik V vaccine was one of the first vaccines available for vaccination in Kazakhstan. The level of confidence in Kazakhstan's QazVac vaccine among vaccinated respondents showed partial confidence in 33.1% ( $\chi^2 100,09$ ;  $p=0,0001$ ).

Thus, the commitment to vaccination against COVID-19 was shown by persons with higher education and middle income who were vaccinated on their own and expressed confidence in official sources of information, one third of them trusted the QazVac vaccine.

**Key words:** *attitude to vaccination, COVID 19, sources of information, survey*

#### **List of references:**

1. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health* 2020;5:e004206. doi:10.1136/bmjgh-2020-004206
2. Lyu H, Wang J, Wu W, Duong V, Zhang X, Dye TD, Luo J. Social media study of public opinions on potential COVID-19 vaccines: informing dissent, disparities, and dissemination// *Intell Med.* 2022 Feb;2(1):1-12. doi: 10.1016/j.imed.2021.08.001. Epub 2021 Aug 25. PMID: 34457371; PMCID: PMC8384764. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.08.001>

УДК 616.853

**Сайдумаров.Д, Әмір.Е, Перне.А., Мизамов Д.М.**

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

## **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021-2022 Г.**

### **Аннотация**

**Актуальность.** Эпилепсия - это распространенное хроническое неврологическое заболевание, которое имеет серьезные социальные, поведенческие, медицинские и экономические последствия. Около 50 миллионов человек во всем мире страдают

эпилепсией [1] Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, частота которой в популяции детского населения высока и достигает 0,5-1 % [2]. Занимает 4 место в списке психоневротических расстройств после депрессии, алкоголизма и цереброваскулярных заболеваний.[6] Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются среди детей первого года жизни - 23% [3]. У 70% пациентов эпилепсия впервые наблюдается в детском и подростковом возрасте и считается одним из распространенных заболеваний детской неврологии [4]. По данным Министерства здравоохранения, в стране по состоянию на 1 января 2022 года в Электронном регистре диспансерных больных зарегистрировано 76 678 человек с эпилепсией, из них детей в возрасте до 18 лет – 27545 (35,9%)[5]

**Цель исследования.** Выявить динамику заболевания эпилепсией на территории Туркестанской области с 2021 по 2022 год.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для создания данной статьи является данные история болезни областной детской клинической больницы Туркестанской области с 2021 по 2022 год.

**Результаты и обсуждения.** На основе анализа данных по Туркестанской области за 2021 год было зарегистрировано 80 пациентов из которых 34 девочек 46 мальчиков, также поделены по формам эпилепсии. Локализованная (фокальная)(парциальная) симптоматическая эпилепсия 77, и 3 случая генерализованных форм, показатели за 1 год выросли на 61, 25 % составила 129 новых случаев эпилепсии из них 89 мальчиков и 40 девочек 9 случаев генерализованной идиопатической эпилепсии и 120 форм Локализованной (фокальной) симптоматической эпилепсии и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками.

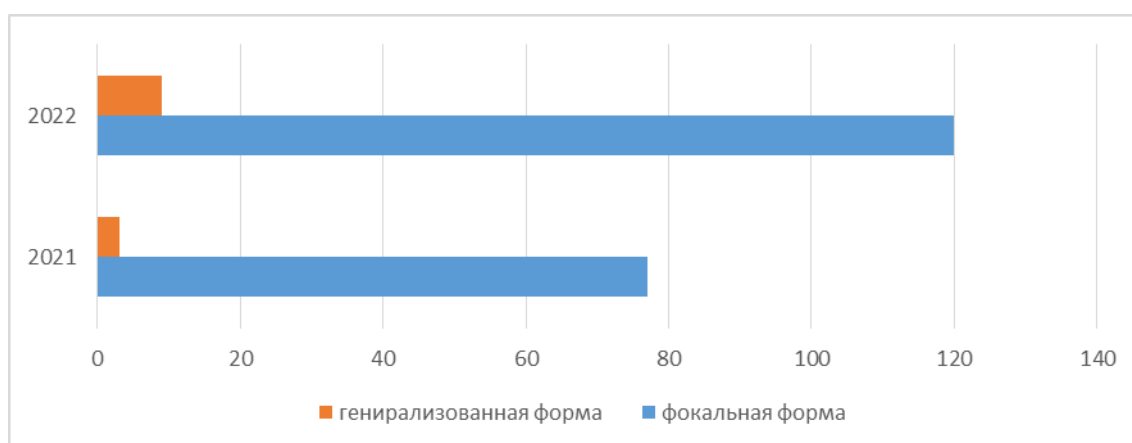


Рисунок 1- Результаты

Таблица 1. Результаты

	2021	2022

Мальчики	46	89
Девочки	34	40

**Вывод.** Результаты исследования показывают, что показатели выросли на 61,25%. Мальчики заболевают чаще 61,59% Локализованная (фокальная)(парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками составляет 94, 25 %.

### Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранение
2. Карась А.Ю., Воскресенская О.Н. Эпидемиологическая характеристика эпилепсии детского возраста в г. Саратове // Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы: матер. Всерос. конф. – Саратов: 2004. – С. 152-156. 5
3. Fisher R.S., van Emde Boas W., W. Elger C., Genton P., Lee P. et al. Epileptic seizures and epilepsy definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE) // *Epilepsia*. – 2005. – V. 46. – P. 470-472
4. Болдырев, А.И. Эпилепсия у детей и подростков. - М.: Медицина, 1990. – 318 с.
5. [https://www.inform.kz/ru/skol-ko-epileptikov-v-kazahstane\\_a3908609](https://www.inform.kz/ru/skol-ko-epileptikov-v-kazahstane_a3908609)
6. ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ В КАЗАХСТАНЕ З.А. Билялова Д.М. Кульмирзаева Ж.Б. Тельманова Ж.Ж. Кожаметова С.Т. Орозбаев Н.С. Игисинов

УДК 615.84+616-073.75.

**Авизова З.К.<sup>1</sup>, Изтлеуов Е.М.<sup>1</sup>, Мысаев А.О.,<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г.

Актобе, Казахстан

<sup>2</sup> Департамент науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения

Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СКРИНИНГ РАКА ЛЕГКОГО

### Аннотация

Данная работа представляет собой обзор публикаций по результатам исследований эффективности скрининга рака легкого с применением низкодозной компьютерной томографии.

**Ключевые слова:** рак легкого, скрининг рака легкого, низкодозная компьютерная томография.

**Авизова З.К.<sup>1</sup>, Изтлеуов Е.М.<sup>1</sup>, Мысаев А.О.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ, Ақтөбе қ., Қазақстан

<sup>2</sup> Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Ғылым және адами ресурстар департаменті директорының орынбасары, Астана қ., Қазақстан

## **ӨКПЕНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СКРИНИНГІ МӘСЕЛЕСІНЕ ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАСТАР**

### **Аннотация**

Бұл жұмыс төмен дозалы компьютерлік томографияны қолдана отырып, өкпе ісігі скринингінің тиімділігін зерттеу нәтижелері бойынша жарияланымдарға шолу болып табылады.

**Кілт сөздер:** өкпе рагы, өкпе рагы скринингі, төмен дозалы компьютерлік томография.

**Avizova Z.K.<sup>1</sup>, Iztleuov Y.M.<sup>1</sup>, Myssayev A.O.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

<sup>2</sup> Ministry of healthcare of the Republic of Kazakhstan Department of science and human resource, Astana, Kazakhstan

## **MODERN VIEWS ON LUNG CANCER SCREENING**

### **Annotation**

This work is a review of publications on the results of studies on the effectiveness of lung cancer screening using low-dose computed tomography.

**Keywords:** lung cancer, lung cancer screening, low- computed tomography.

**Актуальность.** Рак легкого (РЛ) привел к самому большому числу смертей и занял второе место по количеству новых случаев во всем мире в 2020 году. Согласно Globocan



число их составило приблизительно 2,2 миллиона и 1,8 миллиона соответственно [1]. Выживаемость в значительной степени зависит от ранней диагностики. По мнению исследователей, эффективная программа скрининга рака легкого могла бы значительно снизить высокий уровень смертности [2].

**Цель исследования.** Анализ современных взглядов на скрининг рака легкого с использованием низкодозной компьютерной томографии (НДКТ).

**Материалы и методы.** В качестве материалов были использованы зарубежные публикации, включенные в базу данных PubMed, Science Direct, Google Scholar, Elibrary. Проведен краткий обзор зарубежных исследований по скринингу рака легкого с использованием низкодозной компьютерной томографии.

**Результаты.** Многочисленные исследования показали, что скрининг с применением НДКТ может значительно снизить смертность от РЛ в популяции высокого риска. Среди них выделяются два исследования: National Lung Screening Trial – NLST и Nederlands-Leuvens Longkanker Screenings Onderzoek – NELSON [3; 4; 5]. В исследовании NLST, проведенном в США в 2012 году, приняли участие более 54 000 человек с высоким риском развития РЛ. Одна группа подвергалась скринингу РЛ с помощью НДКТ, в другой группе применялась рентгенография грудной клетки. NLST продемонстрировал снижение смертности на 20% у лиц группы высокого риска, прошедших скрининг с применением НДКТ [6; 7]. Результаты NLST позволили внедрить программу скрининга РЛ среди пациентов с высоким риском развития рака легкого в США и некоторых частях Китая [8]. Целевая группа по профилактике заболеваний США (US Preventive Services Task Force) рекомендует проводить скрининг у людей в возрасте старше 55 лет со стажем курения не менее 30 пачка-лет [9].

Напротив, в исследовании NELSON сравнивался скрининг НДКТ с отсутствием скрининга. В этом исследовании приняли участие 15 792 участника в возрасте 50-74 лет с высоким риском развития РЛ как курильщики, так и бывшие курильщики со стажем курения более 30 пачка-лет. В 2020 году исследование NELSON опубликовало свои окончательные результаты, которые показали снижение смертности на 24% в группе скрининга по сравнению с контрольной группой [10].

В итальянском исследовании по выявлению РЛ (MILD) с продолжительностью 10 лет участники были рандомизированы в две группы – скрининг НДКТ и контрольная группа. В результате было выявлено снижение смертности от РЛ на 39% в группе НДКТ [11]. Немецкое рандомизированное контролируемое исследование по скринингу РЛ (LUSI) также сравнило группу НДКТ с контрольной группой и обнаружило статистически значимое снижение смертности от РЛ у женщин в группе НДКТ [12]. Многочисленные другие

исследования показали незначительное снижение смертности от РЛ при сравнении скрининга НДКТ с рентгенографией грудной клетки, либо отсутствием скрининга [13-17].

**Заключение.** Таким образом, скрининг рака легкого с использованием НДКТ может снизить смертность от рака легкого у лиц группы высокого риска.

### Список литературы

Sung H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries //CA: a cancer journal for clinicians. – 2021. – Т. 71. – №. 3. – С. 209-249.

Jonas D. E. et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force //Jama. – 2021. – Т. 325. – №. 10. – С. 971-987.

Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with lowdose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5):395–409.

Zhao YR, Xie X, De Koning HJ, Mali WP, Vliegenthart R, Oudkerk M. NELSON lung cancer screening study. Cancer Imaging. 2011;11:79–84.

Jonas DE, Reuland DS, Reddy SM, Nagle M, Clark SD, Weber RP, et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography. JAMA. 2021;325(10):971.

Wille MMW, Dirksen A, Ashraf H, Saghir Z, Bach KS, Brodersen J, et al. Results of the randomized Danish Lung Cancer Screening trial with focus on high-risk profiling. Am J Respir Crit Care Med. 2016;193:542–51.

Paci E, Puliti D, Lopes Pegna A, Carrozzi L, Picozzi G, Falaschi F, et al. Mortality, survival and incidence rates in the ITALUNG randomised lung cancer screening trial. Thorax. 2017;72(9):825–31.

Etzal CJ, Kachroo S, Liu M, D’Amelio A, Dong Q, Cote ML, et al. Development and validation of a lung cancer risk prediction model for African-Americans. Cancer Prev Res. 2008;1(4):255–65.

Cassidy A, Myles JP, van Tongeren M, Page RD, Liloglou T, Duffy SW, et al. The LLP risk model: an individual risk prediction model for lung cancer. Br J Cancer. 2008;98(2):270–6.

De Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. N Engl J Med. 2020;382;503–13.

- Pastorino U, Silva M, Sestini S, Sabia F, Boeri M, Cantarutti A, et al. Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial: new confirmation of lung cancer screening efficacy. *Ann Oncol.* 2019;30(7):1162–9.
- Becker N, Motsch E, Trotter A, Heussel CP, Dienemann H, Schnabel PA, et al. Lung cancer mortality reduction by LDCT screening—results from the randomized German LUSI trial. *Int J Cancer.* 2020;146:1503–13.
- Infante M, Cavuto S, Lutman FR, Passera E, Chiarenza M, Chiesa G, et al. Long-term follow-up results of the DANTE trial, a randomized study of lung cancer screening with spiral computed tomography. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191:1166–75.
- Blanchon T, Bréchet J-M, Grenier PA, Ferretti GR, Lemarié E, Milleron B, et al. Baseline results of the DEPISCAN study: a French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). *Lung Cancer.* 2007;58(1):50–8.
- Wille MMW, Dirksen A, Ashraf H, Saghir Z, Bach KS, Brodersen J, et al. Results of the randomized Danish Lung Cancer Screening trial with focus on high-risk profiling. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;193:542–51.
- Paci E, Puliti D, Lopes Pegna A, Carrozzi L, Picozzi G, Falaschi F, et al. Mortality, survival and incidence rates in the ITALUNG randomised lung cancer screening trial. *Thorax.* 2017;72(9):825–31.
- Field JK, Vulkan D, Davies MPA, Baldwin DR, Brain KE, Devaraj A, et al. Lung cancer mortality reduction by LDCT screening: UKLS randomised trial results and international meta-analysis. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;10:100179.

ӘОЖ 159.9.07

**Агабаев М. А., Сарсенбаева Г. Ж.**

«ОҚМА» АҚ, ШЫМКЕНТ Қ., ҚАЗАҚСТАН

## **ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖАС ӨСПІРІМДЕРДІҢ COVID-19 КЕЙІНГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЖАҒДАЙЫНА СИПАТТАМА**

### ***Аннотация***

*Бұл мақалада Шымкент қаласы бойынша балалар мен жасөспірімдердің медициналық-әлеуметтік жағдайына COVID-19 пандемиясының әсерін айқындалады.*

***Кілт сөздер:*** балалар мен жасөспірімдерде COVID-19, салдары, сырқаттанушылық

**Агабаев М. А., Сарсенбаева Г.Ж.**

АО «ЮКМА», Шымкент, Қазақстан

## ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ COVID-19 ПО Г. ШЫМКЕНТ

### *Аннотация*

*В данной статье будет определено влияние пандемии COVID-19 на медико-социальное положение детей и подростков по г. Шымкент.*

**Ключевые слова:** *COVID-19 у детей и подростков, последствия, заболеваемость*

**Agabayev M. A., Sarsenbayeva G.Zh.**

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

## DESCRIPTION OF THE MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF ADOLESCENTS AFTER COVID-19 IN THE CITY OF SHYMKENT

### **Annotation**

*This article to determine the impact of the COVID-19 pandemic on the medical and social situation of children and adolescents in Shymkent.*

**Keywords:** *COVID-19 in children and adolescents, consequences, morbidity*

**Зерттеудің өзектілігі.** Мемлекет үшін аса маңызды және кез келген елдің денсаулық сақтаудағы негізгі көрсеткіші – балалар сырқаттанушылығы мен өлім-жітім деңгейі болып табылады. Бұл көрсеткіш жыл сайын Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының планета халқының денсаулық жағдайы туралы есептерінде жарияланады. Басқа көрсеткіштермен қатар, балалар ауруы мен өлім-жітім деңгейі, кез-келген елдегі денсаулық сақтаудың даму деңгейін айқын көрсетеді және халыққа медициналық көмек көрсету сапасын бағалаудың әмбебап критерийі болып табылады.

COVID-19 пандемиясы бүкіл планета халқының денсаулығына айтарлықтай әсер етті, өлім-жітім деңгейі өте жоғары болды. Өлім-жітімнің ең жоғары көрсеткіштері егде жастағы адамдар мен созылмалы аурулары бар адамдар арасында тіркелді, осыған байланысты бүкіл әлемде бұрын-соңды болмаған карантиндік шаралар енгізілді.

Баршаға белгілі, COVID-19 пандемиясы бірнеше «толқындар» іспеттес көрініс тапты, олар ағымдық сипатымен, жұқпалылығымен, әртүрлі популяциялар арасында таралуымен және өлімімен ерекшеленді. Пандемияның басында балалардың көпшілігінде жеңіл түрде, жиі асимптоматикалық түрде болды, балалар арасында өлім болған жоқ. Кейінгі

«толқындарда» жағдай өзгерді, бүкіл әлемде балалар мен жасөспірімдерде COVID-19 ауыр жағдайлары тіркеліп, көп қабыну синдромы (КҚС) түріндегі кеш асқынулардың дамуы, өлім жағдайлары тіркеле бастады. COVID-19 диагнозымен балалар мен жасөспірімдер Қазақстан Республикасындағы негізгі медициналық орталықтар, инфекциялық стационарлар немесе көп бейінді ауруханалардың инфекциялық бөлімшелерінде стационарлық ем алды. Бұл стационарларда инфекциялық бейіндегі жетекші мамандар көмек көрсетті, ауыр науқастарды арнайы құрылған мультидисциплинарлы топтар (МДТ) жүргізді, топ құрамына өңірлердің педиатриялық қызметінің бас мамандары кірді. МДТ қызметін үйлестіруді және бақылауды ҚР Денсаулық сақтау министрлігі тікелей жүзеге асырды, сырқаты ауыр деңгейдегі балаларға Республикалық деңгейде жетекші мамандардың қатысуымен телемедицина бойынша консультациялар өткізілді.

Кейіннен SARS COV-2 штамдары анықталды, олар агрессивтілігі бойынша төмен болды, көрінісі бойынша маусымдық ЖРВИ клиникасына ұқсас, вирус популяцияға таралып кетті. Дегенмен COVID-19 пандемиясы мен карантин аяқталғаннан кейін, науқастанған адамдар, соның ішінде балалар мен жасөспірімдер арасында алыс қашықтағы салдары байқала бастады.

**Зерттеу мақсаты:** Шымкент қаласы бойынша балалар мен жасөспірімдердің медициналық-әлеуметтік жағдайына COVID-19 пандемиясының әсерін анықтау.

#### **Зерттеу міндеттері.**

1. Шымкент қаласындағы қалалық жұқпалы аурулар ауруханасының (ҚЖАА) қызметі негізінде COVID-19 бар балалар мен жасөспірімдерде сырқаттанушылықты, аурудың ағымын, асқынулардың дамуын зерттеу.
2. Балалар мен жасөспірімдерде COVID-19 ауыр деңгейде дамуындағы негізгі факторларын анықтау. COVID-19 пандемиясының алыс қашықтағы салдарын зерттеу.
3. Алынған мәліметтер негізінде COVID-19 бар балалар мен жасөспірімдерде ауру салдарын азайту мақсатында ем жүргізу алгоритмдерін әзірлеу.

#### **Зерттеу әдістері:**

1. Талданатын кезең: 2020 жылдан 2022 жыл.
2. Осы тақырып бойынша ғылыми-зерттеу және медициналық әдебиеттерді шолу.
3. Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасының 2020 жылдан 2022 жылға дейінгі кезеңдегі қызметін талдау.

#### **Зерттеу нәтижелері:**

2022 жылдың 12 айында қабылдау бөліміне барлығы – 52667 науқас қаралып, оның ішінде 20293 стационарлық емдеуге жатқызылып (39%), 32374 науқас (61%) кеңес алған және басқа ауруханаға жолданған.

COVID-19 диагнозымен 1290 науқас стационарлық ем қабылдаса, оның ішінде КВИ1 – 1082, КВИ2 – 208. 2022 жылдың 12 айында COVID-19 расталған жағдай – 322, COVID-19 ассоцияланған пневмониямен – 39, барлығы 361 жүкті әйел ем қабылдап жазылып шыққан.

Кесте 1. Шымкент жұқпалы аурулар ауруханасы қабылдау бөлімінің жұмысы

		Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы				
		2018	2019	2020	2021	2022
Жалпы ауруханаға қаралғандар	<b>Барлығы</b>	<b>59386</b>	<b>76700</b>	<b>37723</b>	<b>43888</b>	<b>52667</b>
	Ауруханаға жатқызылғандар	22732	27702	16168	16333	20293
	Кеңес алған және басқа стационарға жіберілген науқастар	36654	48998	21555	27320	32374
Балалар	<b>Барлығы</b>	<b>44581</b>	<b>60017</b>	<b>16419</b>	<b>20006</b>	<b>37483</b>
	Ауруханаға жатқызылғандар	16941	21695	8442	3123	15724
	Кеңес алған және басқа стационарға жіберілген науқастар	27640	33640	7973	14537	21759
Ересектер	<b>Барлығы</b>	<b>14803</b>	<b>16683</b>	<b>21304</b>	<b>19743</b>	<b>1513</b>
	Ауруханаға жатқызылғандар	3791	6007	7727	3710	4569
	Кеңес алған және басқа стационарға жіберілген науқастар	9014	7762	13577	12733	10615

Динамикалық бақылау пациенттің денсаулық жағдайын жүйелі бақылау, сондай-ақ осы байқаудың нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету болып табылады. COVID-19 эпидемиясы кезеңінде ҚР МСАК 25.06.2020 жылғы №43 сәйкес МСАК ұйымдарында жоспарлы медициналық қызметтер көрсету, оның ішінде гемодиализ қызметтерін және онкологиялық науқастарға, сондай-ақ хирургиялық аурулары бар науқастарға медициналық көмек көрсетуді қоспағанда, емделуді кейінге қалдыру пациенттің өміріне қауіп төндіретін динамикалық бақылау тоқтатылды. Респираторлық инфекция және пневмония белгілері бар әрбір науқас ықтимал жұқтырған болып саналды. Жоғарыда

көрсетілген көрсеткіштер нәтижесі бойынша, респираторлы вирустік инфекциялар көрсеткіші азайды. Бұл карантиндік шаралардың енгізілуінің нәтижесі болып табылады.

Кесте 2. Шымкент жұқпалы аурулар ауруханасындағы 2020-2022 жж. COVID-19 диагнозымен ем алған балалар бойынша ақпараттық көрсеткіші

	1 жылға дейін	р/о	5 жасқа дейін	р/о	18 жасқа дейін	р/о
<b>2020</b>	1	0	50	9	159	13
<b>2021</b>	80	6	186	16	310	20
<b>2022</b>	58	10	390	48	417	54
<b>Барлығы</b>	<b>139</b>	<b>16</b>	<b>626</b>	<b>73</b>	<b>886</b>	<b>87</b>

**Жасөспірімдерде COVID-19 көп жағдайда жеңіл түрде өткенімен көпшілігінде МҚС дамуы мүмкін.** Бұл синдром кейде ауруханаға жатқызуды қажет етеді. Себебі МҚС кезінде қабыну ми, бүйрек, жүрек, бауыр, өкпе, көз секілді әртүрлі мүшеге әсер етуі мүмкін. Әзірге бұл синдромның тікелей қалай әсер ететіні белгісіз. Алайда МҚС бар көптеген жасөспірімдердің ағзасында COVID-19 тудыратын вирус бар немесе олар COVID-19 жұқтырған адамдармен қарым-қатынасты болған. Бұл синдром өте ауыр өтіп, тіпті өлімге де әкеп соғуы да мүмкін. Осындай диагноз қойылған көптеген жасөспірімдердің денсаулығы медициналық көмектің арқасында қайтадан қалпына келеді.

«Ұзақ мерзімді» COVID-19 синдромымен қанша жасөспірім баланың зардап шегіп жүргені әлі де белгісіз. Дегенмен зерттеулер Италияда ауырған жасөспірім балалардың 40% дейін және Англиядағы балалардың 15-20 % «ұзақ мерзімді» COVID-19 белгілерінің әсер ететінін көрсетеді. Ата-ана баласынан COVID-19 «ұзақ мерзімді» белгілерін байқаса дәрігерге жүгіну керек. Жасөспірімдердің мінез-құлқын ата-аналары мен ұстаздарының мұқият бақылауы маңызды. Осы белгілердің уақыт өте келе қалай дамидынын және оған ерте араласудың денсаулықты қалпына келтіруге қалай әсер ететінін түсінуге бағытталған зерттеулер жалғасып жатыр.

Өкінішке қарай, COVID-19 кейінгі синдроммен күресудің нақты формуласы әлі табылған жоқ. Өйткені оның аурудан кейін болатынын-болмайтынын, қаншалықты ауыр болатынын, қанша уақытқа созылатынын ешкім айта алмайды. Әзірге тек шамалы мерзімдер ғана белгілі – COVID-19 кейінгі синдром бірнеше аптадан бірнеше айға дейін созылуы мүмкін деген. Бұл жерде адамның бастапқы денсаулығы маңызды рөл атқарады. Моральдық рөл де маңызды. Әзірге дәрігерлер науқастардың айғақтарына сүйене отырып қана зерттеу жүргізеді.

### **Қорытынды.**

COVID-19 ауырған науқастардың шамамен 50% қалпына келгеннен кейін бірнеше айдан кейін жағымсыз белгілерге шағымданады. Бұрын вируспен кездеспеген адамдар ауруханадан шығу аурумен күресудің соңы деп санайды. Бірақ көбінесе бұл ұзақ мерзімді оңалтудың бастапқы кезеңіне айналады. COVID-19 кейінгі жасөспірімдерде оның салдары ауыр болуы мүмкін. Мысалы, қабыну, диарея, құсу, безгегі бар Кавасаки синдромының пайда болуы. Бұл жағдай ауруханаға жатқызудың көрсеткішіне айналады. 1000 адамға 1-2 балада асқыну пайда болғанына қарамастан, бұл мәселеге жеңіл қарауға болмайды. COVID-19 жасөспірім пациенттің барлық маңызды мүшелері мен жүйелеріне әсер ететіндіктен ауру басылғаннан кейін де ұзақ қалпына келтіру қажет болады.

### **Әдебиеттер тізімі:**

1. «Коронавирус инфекциясы пандемиясына қарсы іс-қимыл жөніндегі 2021-2022 жылдарға арналған жедел іс-қимыл жоспарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы 4 қарашадағы №781 қаулысы.
2. Тимошенков П.Н. Клинико-лабораторные особенности COVID-19 у людей молодого возраста //Лечащий врач. 2021. №3. С.45-50
3. Фурман Е. Г. Коронавирусная инфекция COVID-19 и дети. //Педиатрия. 2020. №3. С.245-251
4. Левин М.С. COVID-19 и мультисистемный воспалительный синдром у детей и подростков. М., 2020, С.45-57
5. «Балалардың сауықтыру және санаторий объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2022 жылғы 10 тамыздағы № ҚР ДСМ-78 бұйрығы.

УДК 612.0+796.011.3

**Ораз Б.Р., Туткышбаев С.О.**

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан  
Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗ РК

**ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП В РАННЕМ  
ВОЗРАСТЕ (обзор литературы)**



### **Аннотация**

Одной из актуальных задач системы здравоохранения является медицинская и социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. В течение последних лет отмечается четкая тенденция роста детской инвалидности в нашей стране, и необходимо больше уделять внимание этиологии и диагностики инвалидизирующих заболеваний, проблемам детей-инвалидов.

Примерно пятую часть всей детской инвалидности формируют болезни нервной системы, в структуре которых более 50% приходится на детский церебральный паралич (ДЦП) — одну из наиболее актуальных проблем детской неврологии. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 миллионов человек это дети.

**Ключевые слова:** ДЦП, менеджмент, постуральный менеджмент, реабилитация, коррекция, социальная психологическая помощь.

**Ораз Б. Р., Туткышбаев С. О.**

С. Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ., Алматы, Қазақстан

ҚР ДСМ фтизиопульмонология ұлттық ғылыми орталығы

## **ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ПОСТУРАЛЬДЫ МЕНЕДЖМЕНТ (әдебиеттерге шолу)**

### **Аннотация**

Денсаулық сақтау жүйесінің өзекті міндеттерінің бірі мүмкіндігі шектеулі балаларды медициналық және әлеуметтік оңалту болып табылады. Соңғы жылдары біздің елімізде балалар мүгедектігінің айқын өсу үрдісі байқалады, мүгедектік ауруларының этиологиясы мен диагностикасына, мүгедек балалардың проблемаларына көбірек көңіл бөлу қажет.

Барлық балалар мүгедектігінің шамамен бестен бір бөлігі жүйке жүйесінің ауруларымен қалыптасады, олардың құрылымында 50% — дан астамы балалардың церебральды сал ауруы (церебральды сал ауруы) - балалар неврологиясының ең өзекті мәселелерінің бірі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) сарапшыларының пікірінше, жер шарындағы барлық халықтың орташа 10% - ы мүгедектер, олардың 150 миллионы балалар.

**Кілт сөздер:** церебральды сал ауруы, менеджмент, постуральды менеджмент, оңалту, түзету, әлеуметтік психологиялық көмек.

**Oraz B. R., Tutkyshbayev S. O.**

KazNMU named after S. D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

National Research Center of phthisiopulmonology of the Ministry of health of the Republic of  
Kazakhstan

## **POSTURAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH EARLY CEREBRAL PALSY**

**(literature review)**

### ***Annotation***

*One of the urgent tasks of the health care system is medical and social rehabilitation of children with disabilities. During the last years there is a clear tendency of child disability growth in our country, and it is necessary to pay more attention to the etiology and diagnostics of disabling diseases, to the problems of disabled children.*

*Approximately one fifth of all child disability is formed by diseases of the nervous system, in the structure of which more than 50 per cent falls on infantile cerebral palsy (ICP) - one of the most urgent problems of child neurology. According to experts of the World Health Organisation (WHO), on average 10% of the world's population is disabled, of which 150 million people are children.*

**Keywords:** *cerebral palsy, management, postural management, Rehabilitation, Correction, social psychological assistance.*

**Актуальность.** *В Казахстане, по данным статистики, на учете состоит более 44 тысяч детей-инвалидов, из них свыше 10 тысяч детей с диагнозом детский церебральный паралич. Данные по частоте ДЦП колеблются в широком диапазоне, в среднем составляет 2,0-5,9 на 1000 родившихся и во многом определяется уровнем развития общества. При этом одни авторы отмечают тенденцию к снижению данной патологии за счет улучшения акушерской помощи, лечебных мероприятий и профилактики осложнений, а другие считают, что на протяжении ряда лет частота ДЦП остается стабильной, что, вероятно, связано с поражением нервной системы преимущественно в перинатальном периоде.*

*ДЦП является одним из самых тяжелых заболеваний у детей и требует постоянных реабилитационных методов коррекции движения, психолого-педагогической и социальной помощи. Постоянные реабилитационные мероприятия является колоссальным бременем для семьи больного ребенка и государства в целом.*

**Цель работы.** Провести анализ литературных исследований на тему постурального менеджмента у пациентов с ДЦП.

**Основная часть.** За последние годы качество медицинского обслуживания больных с ДЦП значительно улучшилось, особенно в части методик реабилитации. В нашей республике работают такие современные высокоспециализированные реабилитационные центры: Республиканский детский реабилитационный центр г. Астана, «Балбулак». На уровне специализированной неврологической помощи больным церебральными параличами оказывает услуги республиканская детская клиническая больница «Аксай». Количество обследованных детей с социально-значимыми заболеваниями отражено в таблице.

Таблица 1. Количество пролеченных детей в условиях РДКБ «Аксай» за последние 5 лет

Наименование нозологии	МКБ 10	2018	2019	2020	2021	2022
ДЦП	G 80-83	677	719	691	867	935
Умственная отсталость	F 70-79	56	52	65	40	18

Осуществляя индивидуальный план постурального менеджмента у таких детей в промежутках между традиционными медицинскими услугами позволяет увеличить время оказания реабилитационных мероприятий только в медицинском учреждении за время проведения программы до 10-15% жизни ребенка и получить закрепление навыков от оказываемых медицинских услуг.

Фокусируя свое внимание на вышеописанных задачах, требующих особых знаний, навыков и технологий, можно разделить на определенные отрезки времени, определить характер и последовательность позиционирования, соответственно им выбрать технические средства реабилитации, а затем сформировать порядок оказания последовательных терапевтических услуг чередующихся с последовательно принимающими участие специалистами и(или) врачами традиционных медицинских или других (например, социальных, психолого-педагогических) услуг. Важной особенностью такого подхода является полное отсутствие режима ожидания у дверей кабинета врача и(или) специалиста. Сформированные ранее цели и задачи целиком возложенные на всех специалистов и врачей, участвующих в программе реабилитации, воспринимаемые ими последовательно реализуются в течение рабочего дня и до последнего дня реабилитации.

Сформировав непрерывность реабилитационного процесса, удастся существенно изменить время проведения реабилитации.

Непрерывный последовательный процесс выполнения единых задач, направленных на достижение поставленных целей очень важный элемент описываемой методики, который позволяет достичь 100% эффективности реабилитационного процесса. Например, из графика видно, что даже если ребенком занимаются всего 10 дней по предлагаемой методике, то время реабилитации увеличивается до 10% из жизни года ребенка, а при условии усвоения навыков и предлагаемой информации и, соответственно, применяемых родителями в домашних условиях, школе, детском саду, социальном учреждении время реабилитации становится практически непрерывным. Такой подход требует полной концентрации усилий как самих специалистов и врачей, так и родителей, так же являющихся участниками реабилитационного процесса. Непрерывно и последовательно выполняемый комплекс услуг носит характер маршрута, не имеющего остановок и требует обязательного его выполнения. Поражение головного мозга при церебральных параличах сопровождается различными нарушениями функций ЦНС. При ДЦП, наряду с характерными двигательными нарушениями, отмечаются нарушения развития высших мозговых функций, патология органов чувств, симптоматическая эпилепсия. Подобный симптомокомплекс ведет к затруднению проведения комплексной реабилитации и социальной адаптации данного контингента больных в общество.

**Результаты работы.** Научно обоснованы и внедрены: модель восстановительной медицины и реабилитации, стандарт и алгоритм обследования и лечения детей-инвалидов с ДЦП. Установлено, что наиболее эффективно поддаются коррекции речевые нарушения (33,1%), нарушения психологического состояния (28,2%) и двигательные (15%). Коррекция психических нарушений имеет самый низкий коэффициент эффективности (9,9%). Эффективность реабилитации по показателю снижения степени тяжести инвалидности наиболее выражена у детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и спастической диплегии.

Семьи, имеющих ребенка-инвалида с ДЦП претерпевают социальные проблемы: 36,1% семей являются неполными с низким качеством жизни, треть семей проживает в квартирах без коммунальных удобств. Квартиры, как и детские образовательные учреждения, посещаемые детьми-инвалидами, не оборудованы специальными приспособлениями. 28% матерей детей-инвалидов с низким образовательным уровнем, только 18% матерей имеют высшее профессиональное образование. Семьи с детьми-инвалидами отличаются низким уровнем материального обеспечения (64,9%) неблагоприятным психологическим климатом и повышенной конфликтностью (58,4%), распространенностью вредных привычек (курящих отцов 61,8%, матерей — 39,2%, родителей употребляющих алкогольные напитки — 65,3%).

Главным фактором успешной борьбы с заболеванием остается его своевременное выявление и профилактика. Рост числа больных связан в первую очередь с различной патологией, возникающей во время беременности, в частности гипоксия-ишемия мозга и внутриутробные инфекции. Риск развития ДЦП возрастает при патологии родового периода, обусловленной преждевременными родами, родовым травматизмом. Для снижения роста социально-значимых заболеваний необходимо улучшить здоровье женщин детородного возраста, повысить их моральную ответственность за будущего ребенка, вести активное наблюдение в течение периода беременности, родов, своевременно выявлять отклонения в здоровье новорожденного и оказывать необходимую медицинскую помощь.

### **Выводы и обсуждение.**

Участковым педиатрам рекомендуется тактика активного выявления и своевременного лечения соматических заболеваний у детей-инвалидов с ДЦП. Для повышения эффективности реабилитации детей-инвалидов с ДЦП необходимо использовать дифференцированный подход к назначению комплексной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации с учётом возраста, формы болезни и показателя реабилитационного потенциала индивидуума. Таким образом, подводя итоги, необходимо заметить, что методика комплексной реабилитации с разработанными нами технологиями позволила в значительной степени добиться активности детей с нарушениями ОДА, сформировать устойчивое правильное положение, что способствует профилактике и недопущению развития осложнений со стороны костно-мышечной системы, являющейся задачей нашей методики, строящаяся на многослойных, многоуровневых, коллегиальных решениях, требующих индивидуального подхода к ребенку, новых знаний и новых технологий, а так же повышения профессионального уровня и квалификации врачей и специалистов.

### **Список литература:**

1. Детский церебральный паралич: Христоматия /Л.М. Шипицина, И.И. Момайчук М.: Инст. Общ: Гум. Исслед., 2019. — 519 с.
2. Детские церебральные параличи /Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. — Киев: Здоровье, 2017.- 328с.
3. Булекбаева Ш.А. Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах детского церебрального паралича 2021.- 185с.

4. Lacoste M, Therrien M, Prince F. (2009) Stability of children with cerebral palsy in their wheelchair seating: perceptions of parents and therapists. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 4(3):143-50. Abstract: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17483100802362036>

5. Stober, C. (2011, Aug 3.) Seating Problems Solved by the Rifton Activity Chair. Rifton Adaptive Mobility and Positioning Blog. Retrieved May 4, 2020 from <https://www.rifton.com/adaptive-mobility-blog/blog-posts/2011/august/seating-problems-solved-by-the-rifton-activity-chair>

УДК 616. ББК 52.54.

**Бердіқұлов А. Б., Сәдібекова Ж. У., Мизамов Д. М., Мусирепова З.Д.**  
«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

## **ӘР ТҮРЛІ ЕЛДЕРДЕ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫ** **(әдебиетке шолу)**

### ***Аннотация***

*Қазіргі медицинадағы өзекті мәселелердің бірі-аллергиялық аурулар. Бұл жоғары таралумен және тұрақты өсумен, сондай-ақ өмір сүру сапасын жиі нашарлататын, мүгедектікке және кейбір жағдайларда өлімге әкелетін ауыр клиникалық көріністердің жоғарылауымен байланысты.*

***Кілт сөздер:*** аллергия, аллергиялық аурулар, бронх демікпесі, аллергиялық ринит

**Berdikulov A. B., Sadibekova Zh. U., Mizamov D.M., Musirepova Z.D.**  
JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

## **THE PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES IN DIFFERENT COUNTRIES** **(Literature review)**

### ***Annotation***

*One of the urgent problems in modern medicine is allergic diseases. This is due to the high prevalence and constant growth, as well as an increase in severe clinical manifestations, which often worsen the quality of life, lead to disability and in some cases to deaths.*

***Keywords:*** allergies, allergic diseases, bronchial asthma, allergic rhinitis

Бердикулов А. Б., Садібекова Ж. У., Мизамов Д.М., Мусирепова З.Д.

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

(Обзор литературы)

### *Аннотация*

*Одной из актуальных проблем в современной медицине являются аллергические заболевания (АЗ). Это связано с высокой распространенностью и постоянным ростом, а также увеличением тяжелых клинических проявлений, которые часто ухудшают качество жизни, приводят к инвалидизации и в некоторых случаях к смертельным исходам.*

***Ключевые слова:** аллергия, аллергические заболевания, бронхиальная астма, аллергический ринит*

**Введение.** Считается, что около 10% населения планеты страдает от АЗ, но эпидемиологические данные различаются. Причины этого многочисленны. Во-первых, распространенность АЗ неуклонно увеличивается на 10-20% каждые несколько лет. Во-вторых, не все больные обращаются за медицинской помощью. В-третьих, используются различные инструменты для изучения распространенности заболеваний. В-четвертых, условия жизни и окружающая среда сильно влияют на аллергическую заболеваемость. В-пятых, выявление АЗ зависит от критериев диагностики.

**Цель работы** выяснения текущего состояния проблемы был проведен данный обзор. Бронхиальная астма (БА), аллергический ринит (АР) и атопический дерматит (АД) являются наиболее распространенными формами АЗ. Приводятся разные причины, такие как сенсибилизация к продуктам питания, клещам и растениям, с учетом вариации в зависимости от географического расположения, возраста и других факторов.

**Основная часть работы** В Казахстане распространенность аллергических заболеваний (АЗ) среди взрослого населения составляет 24,1% [1]. Наиболее часто встречаются аллергические поражения кожи (19,9%) и патология верхних дыхательных путей (30,5%). 54% аллергиков сталкиваются с двумя или более заболеваниями (полинозология). У детей в стране, по данным Испаевой Ж.Б. (2000 г.), частота аллергопатологии составляет в среднем 10-15%, в соответствии с данными Скучалиной Л.Н. (2001 г.) - от 34,7% до 16,5% [2]. В Томской области (Россия) распространенность АЗ составляет 52,8% у городского населения

и 31,4% у сельских жителей [3]. Частота бронхиальной астмы (БА) в различных странах варьирует от 1% до 49% населения (Global Initiative For Asthma (GINA), 2009).

В странах бывшего СССР в конце 90-х годов прошлого столетия этим заболеванием страдало 4-8% взрослых и 5-10% детей (Балаболкин И.И., Каганов С.Ю., 1997 г.). Однако тогда уже предполагали, что диагноз БА устанавливается у 1 из 4-5 больных (Чучалин А.Г., 2001 г.). В 1999-2003 гг. распространенность БА в Воронеже составила 6,1%. У 52% больных астмой первые симптомы появились в возрасте от 1 года до 2 лет, у 23,75% - в возрасте от 0 до 1 года, однако диагностировалась астма детям до 1 года только в 10,5% случаев, а у детей от 1 года до 2 лет - в 7,9% случаев. Опоздание составило в среднем 2-6 лет. Внимательное обследование детей с астмой выявило наличие сопутствующих атопических дерматитов (82,1% у детей до 1 года), пищевой аллергии (65,5% от 1 года до 2 лет), аллергического ринита (42,4% от 2 до 3 лет) [4]. Благодаря внедрению стандартизованных методик обследования, широко применяемых при изучении эпидемиологии БА и АЗ в мировой практике, например, программы "International Study of Asthma and Allergy in Childhood" (ISAAC), мы приблизились к истинным данным. Недавно завершилось популяционное исследование по БА в Алматы. Проведено скрининг-анкетирование населения. Из 2015 человек в возрасте от 3-4 до 94 лет в анкетах наличие респираторных нарушений отметили 718 респондентов (35,6%). После спирографического исследования у 88,7% из 718 пациентов было обнаружено нарушение функции внешнего дыхания (ФВД) обструктивного типа. Таким образом, распространенность БА составила 31,4% [5]. Частота аллергического ринита в различных странах составляет от 4% до 41% (С. Bachert, 1996). Особенно часто аллергический ринит встречается у детей. По данным Г.А. Гаджимирзаева и соавт., у детей, страдающих аллергическим ринитом, одновременно выявляется от 1 до 4 и более ассоциированных болезней, преимущественно аллергического генеза. Симптомы аллергического ринита присутствовали у 88% больных бронхиальной астмой [6]. В Украине сезонный аллергический ринит встречается среди взрослых в 4% случаев и у детей в 2% случаев, круглогодичный аллергический ринит - соответственно в 7% и 5% [7]. Эти данные основаны на обращаемости пациентов и не отражают истинной распространенности. По данным Д.И. Заболотного и соавт., в настоящее время в Украине регистрируется лишь 1 больной из 60 имеющих аллергический ринит [8].

Атопический дерматит зачастую приходится дифференцировать с другими кожными заболеваниями, что осложняет его регистрацию и задерживает начало адекватного лечения. В Сингапуре распространенность атопического дерматита составила 20,8%, среди 7-летних детей - 22,7%, среди 12-летних - 17,9%, среди 16-летних - 21,5%. Начало болезни почти у



половины детей (49,5%) произошло до 10 лет. Изолированно атопический дерматит встречается только у 30,7% детей, в остальных случаях (69,3%) он сочетается с аллергическим ринитом (34,3%), бронхиальной астмой (9,5%), с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой (25,5%) [9]. Считается, что заболеваемость аллергическими заболеваниями выше в развитых странах, ниже – в развивающихся, однако цифры не подтверждают это предположение. В Японии распространенность атопического дерматита составляет 3%, в Дании – 27,3% [10, 11]. В детских садах (Peroni DG с соавт., 2008 г.) распространенность атопического дерматита у детей составила 18,1%. У 58,2% из них наблюдалась поливалентная сенсibilизация. Самые распространенные аллергены у детей с атопическим дерматитом были клещи и пыльца травы. Сопутствующие симптомы ринита и хрипов были у 32,2% детей с атопическим дерматитом [12]. В Тайвани проанализировали данные национальных репрезентативных когорт застрахованных лиц с 2000 по 2007 гг. 66 446 пациентов (6,7%) были с диагнозом атопического дерматита, и 49,8% из них имели сопутствующий аллергический ринит и/или бронхиальную астму. Распространенность аллергического ринита и бронхиальной астмы была 26,3% и 11,9% соответственно [13].

В Бразилии родители 3005 детей в возрасте 6-7 лет и 3008 13-14 летних подростков приняли участие в опросе ISAAC. В группе 6-7 летних детей кумулятивная распространенность атопического дерматита составила 13,2%, в группе 13-14-летних детей – 12,5% у девочек и 15,4% у мальчиков [14]. Разброс результатов исследований демонстрирует приведенная ниже сводная таблица 1. Структура аллергических заболеваний в странах мира и даже регионах одного государства различна. Так, в Днепропетровской области большую долю занимает аллергический ринит (44,5%), на втором месте – бронхиальная астма (30,7%), на третьем месте – крапивница (в том числе псевдоаллергическая) и отек Квинке (18,3%), на четвертом месте - атопический дерматит (6,5%). У детей (от 6 месяцев до 18 лет) чаще встречается атопический дерматит (39%), затем бронхиальная астма (38,4%) и аллергический ринит (22,6%) [16].

В структуре обращений наблюдается другое распределение: 30,9 % приходится на бронхиальную астму (БА), 24,1 % - на аллергические реакции на укусы насекомых, 9,5 % - на пищевую аллергию, 7,7 % - на лекарственные аллергии, 3,7 % - на аллергический конъюнктивит, анафилактический шок наблюдается в 3,7% случаях [17]. Обращаемость за последние 12 месяцев с аллергическими заболеваниями составляет от 0,2 до 1% от общего числа обращений, но может быть существенно выше – до 10-20% в период поллинозов [17,18].

Таблица 1. Распространенность аллергических заболеваний в разных странах мира у взрослых и детей

Преваленс	Исследование
31,4 %	Д.С. Нугманова, О.С. Жуков, Алматы, 2007 г.
9%	Огородова Л.М. и соавт, Томская область, 2006 г.
0,2 – 4,9 % (дети)	Л.Н. Скучалина и соавт., Северный Казахстан, 2001г.
6,1 % (дети)	Т.В. Никулова и соавт., Воронеж, 2003 г.
11,9 %	С.У. Hwang и соавт., Тайвань, 2010 г.
2-7 %	Б.М. Пухлик, Украина, 2002 г.
26,3 %	С.У. Hwang и соавт., Тайвань, 2010 г.
13,4 - 42,3 %	Огородова Л.М. и соавт, Томская область, 2006 г.
13,7% (дети)	Yamada E. и соавт., Бразилия, 2002 г.
6,7%	С.У. Hwang и соавт., Тайвань, 2010 г.
18,1% (дети)	Peroni DG с соавт., 2008 г.
27,3%	Stensen L. и соавт., Дания, 2008 г.
3%	Т. Muto и соавт., Япония, 2003 г.
20,7% (дети)	У.К Тау и соавт., Сингапур, 2002 г.
12,4 – 16,8%	Огородова Л.М. и соавт, Томская область, 2006 г.
10,5%	Caffarelli С.И соавт, Италия, 2010 г. [15].
1,0 - 4,1%	Огородова Л.М. и соавт, Томская область, 2006 г.
БА – бронхиальная астма, АР – аллергический ринит, АД – атопический дерматит, ПА – пищевая аллергия, ОК — отек Квинке и крапивница	

**Заключение.** Таким образом, представленные выше выводы обзора не предоставляют возможности для формулирования предположений и выработки прогнозов относительно эпидемиологии аллергических заболеваний (АЗ) в нашем регионе. Необходимо провести собственные исследования, результаты которых смогут послужить основой для разработки стратегии и конкретных мероприятий по профилактике и лечению АЗ.

#### Список литературы:

1. Нурпеисов Т.Т. Совершенствование аллергологической помощи населению Республики Казахстан. Автореф. докт. дисс.- Алматы.- 2010.– 38 с.
2. Скучалина Л.Н., Старосветова Е.Н., Гавриш Л.Н. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и аллергодерматозов у детей Северного Казахстана по критериям ISAAC//Аллергология.- 2001.- №1. -С. 10-13.
3. Огородова Л.М., Фрейдин М.Б., Сазонов А.Э. и др. Изучение распространенности аллергической патологии и описторхозной инвазии и их взаимосвязи у населения Томской области //Бюллетень сибирской медицины. — 2006.- № 4.— С. 48-52.

4. Никулова Т.В., Неретина А.Ф., Сокол Е.Б., Крупицкая О.Б.. Эпидемиология бронхиальной астмы легкого течения у детей в возрасте от 1 до 7 лет // [www.visma.ac.ru/publ/vest/013/03.doc](http://www.visma.ac.ru/publ/vest/013/03.doc).
5. Нугманова Д.С., Жуков О.С. Изучение распространённости бронхиальной астмы по критериям ВОЗ и ЕРО // Аллергология и иммунология. - 2007.- Т.8.- № 1.- С. 139-139.
6. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаев Р.Г. Особенности клиники и лечения комбинированных аллергозов верхних дыхательных путей и уха // Российская ринология. – 2004.- №1. – С. 55-57.
7. Пухлик Б.М. Элементарная аллергология.- Винница: «Велес». - 2002. -148 с.
8. Заболотный Д.И., Пухлик Б.М. Аллергический ринит // Ринология. -2002.- №1.- С. 32-38.
9. Tay Y.K., Kong K.H., Khoo L., etc. The prevalence and descriptive epidemiology of atopic dermatitis in Singapore school children // British Journal of Dermatology.- 2002. - V. 146.- № 1.- P. 101-106.
10. Muto T., Hsieh S.D., Sakurai Y., etc. Prevalence of atopic dermatitis in Japanese adults //British Journal of Dermatology.- 2003.- V.148.- № 1.- P.117-121.
11. Stensen L., Thomsen S.F., Backer V. Change in prevalence of atopic dermatitis between 1986 and 2001 among children //Allergy Asthma Proc.- 2008. -V.29(4).- P. 392-396.
12. Peroni D.G., Piacentini G.L., Bodini A., etc. Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children // Br. J. Dermatol. - 2008. - V.158(3).- P. 539-543.
13. Hwang C.Y., Chen Y.J., Lin M.W., etc. Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan:a national study 2000 to 2007// Acta Derm. Venereol.- 2010.- V.90(6).- P. 589-594.
14. Yamada E., Vanna A.T., Naspitz C.K., etc. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): validation of the written questionnaire (eczema component) and prevalence of atopic eczema among Brazilian children // J Investig Allergol Clin Immunol. - 2002.- V. 12(1).- P. 34-41.
15. Caffarelli C., Coscia A., Ridolo E., etc. Parents' estimate of food allergy prevalence and management in Italian school-aged children //[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105963](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105963).
16. Агафонова И.А., Ленкова Г.В., Хлызина Е.Т. Эпидемиология аллергических заболеваний в Днепропетровском регионе // Аллергология и иммунология.- 2010. - № 322. <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-12416/>
17. Abdelouahab Bellou, Jacques Manel, Hassan Samman-Kaakaji1, etc. Spectrum of acute allergic diseases in an emergency department: An evaluation of one years' experience //

Emergency Medicine. - 2003. - V. 15 (4). - P. 341-347.

18. Capps J.A., Sharma V., Arkwright P.D. Prevalence, outcome and pre-hospital management of anaphylaxis by first aiders and paramedical ambulance staff in Manchester, UK // Resuscitation. – 2010. - V. 81(6). - P. 653-657.

УДК 378:37.013.75

**Өстемір А., Куттыкужанова А., Алтынбек Н., Сайдахметов С., Мизамов Д.М.,**

**Мусирепова З.Д., Тұрсынбаев Б.Б.**

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ДЛЯ  
СНИЖЕНИЯ СТРЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАЗАХСТАНСКИХ ВУЗОВ НА  
ПРИМЕРЕ АО «ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

***Аннотация***

*Уровень стресса у студентов растет с угрожающей скоростью. Целью этого исследования было определить влияние критического мышления (СТИ) на снижение стресса среди студентов Южно-Казакстанской медицинской академии.*

***Ключевые слова:*** критическое мышление, стресс, навыки, показатель студентов.

**Өстемір А., Куттыкужанова А., Алтынбек Н., Сайдахметов С., м Д.М., Мусирепова**

**З.Д., Тұрсынбаев Б.Б.**

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

**«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ АКАДЕМИЯСЫ» АҚ  
МЫСАЛЫНДА ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ  
СТУДЕНТТЕРІНДЕГІ СТРЕССТІ ТӨМЕНДЕТУГЕ СЫНИ ОЙЛАУДЫҢ ӘСЕРІ**

***Аннотация***

*Студенттердің стресс деңгейі қауіпті қарқынмен өсуде. Бұл зерттеудің мақсаты Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының студенттері арасында сыни ойлаудың (СТИ) стрессті төмендетуге әсерін анықтау болды.*

***Кілт сөздер:*** сыни тұрғыдан ойлау, стресс, дағдылар, студенттердің көрсеткіші.

Ostemir A., Kuttykuzhanova A., Altynbek N., Saidakhmetov S., Mizamov D.M.,  
Musirepova Z.D., Tursynbayev B.B.

JCS «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

**THE INFLUENCE OF CRITICAL THINKING TO REDUCE STRESS AMONG  
STUDENTS OF KAZAKHSTANI UNIVERSITIES ON THE EXAMPLE OF JCS «SOUTH  
KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY»**

*Annation:* Students' stress levels are increasing at an alarming rate. The purpose of this study was to determine the impact of critical thinking (CTI) on stress reduction among students of South Kazakhstan Medical Academy.

*Keywords:* critical thinking, stress, skills, student indicator.

**Актуальность.** Студенческая жизнь наполнена всегда переживаниями, напряжениями и волнительными ситуациями которые препятствуют академической успеваемости и в перспективе могут привести не только к торможению личного роста, но и психосоматическим расстройствам. [Чарити Чинело Окиде, итд. 2020г.]

**Цель исследования.** Целью данного исследования было определить влияние критического мышления для снижения стресса среди студентов на примере АО «Южно-Казахстанской медицинской академий»

-Определить влияние критического мышления на психосоматическое состояние студентов.

- Научить студентов применять навыки критического мышления в стрессовых ситуациях во время обучения.

**Материалы и методы исследования.** Для исследования использовалось предварительный дизайн тестирования. 114 студента приняли участия, которые испытали высокий уровень стресса. Для сбора данных в исследовании использовались опросник академического стресса (ASQ) и шкала образовательного стресса (ESSS), в то время как для анализа данных использовался дисперсионный анализ повторных измерений.

Рандомизированное контролируемое исследование было проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации WMA.

ЛЭК АО «Южно-Казахстанской медицинской академий» одобрили исследование.

Модель Киркпатрика использовалась для оценки эффективности обучения.

Метод Айзенка использовалась для определение темперамента личности

Для сбора данных в исследовании использовались шкала психологического стресса

Л.Ридера, в то время как для анализа данных использовался сравнительный анализ повторных измерений.

**Результаты и обсуждения.**

Результаты оценки до вмешательства показали, что уровень стресса участников был высоким. Результаты после программы вмешательства было показано, что вмешательство критического мышления было значительно эффективным в снижении стресса среди участников по сравнению с их начальными результатами.

Принимая во внимание доказательства того, что вмешательство в критическое мышление значительно эффективно в снижении стресса у студентов, мы хотели бы подчеркнуть, что по мере развития критического мышления способность людей справляться со стрессом также возрастает.

Таблица 1. Результаты и обсуждения

Уровень стресса	Мужчины	Женщины
Средний	2,81±0,03	2,87±0,07

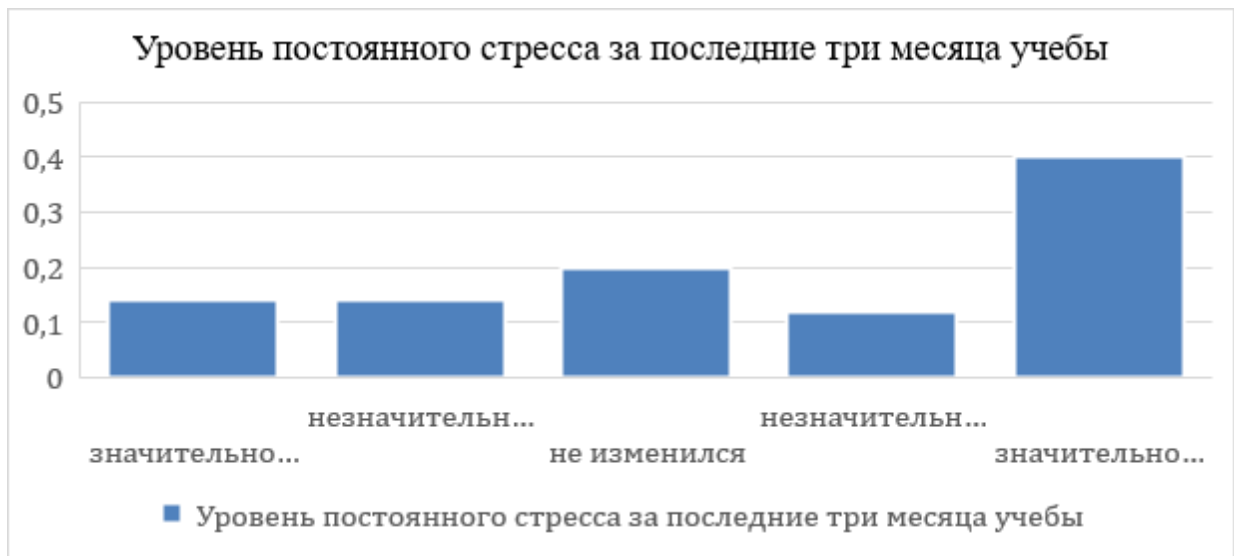


Рисунок 1- Результаты после программы

- Было выявлено влияние критического мышление на психосоматическое состояние студентов.
- По результатам мужчины на 57,3%, а женщины 47,7% уменьшили влияние стресса на у себя.
- Сангвиники на 17,8% лучше поддаются опытному исследованию, чем холерики.

## Вывод

Вмешательство СТИ было эффективным для снижения стресса среди студентов Южно-Казахстанской медицинской академии. Поэтому психологам предлагается принять принцип вмешательства СТИ, чтобы помочь пациентам, находящимся в состоянии стресса, снизить уровень стресса.

## Список литературы:

1. Ugwuozor FO, Otu MS, Mbaji IN. Critical thinking intervention for stress reduction among undergraduates in the Nigerian Universities. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Mar 19;100(11):e25030. doi: 10.1097/MD.00000000000025030. PMID: 33725978; PMCID: PMC7982192
2. Научное творчество: Практическое руководство по развитию креативного мышления. Методы и приемы ТРИЗ.
3. EMPIRICAL STUDY OF EDUCATIONAL STRESS AMONG THE STUDENTS Saidat Visradieva, the post-graduate student, Svetlana Nikolaevna Bostanova, the candidate of psychological sciences, senior lecturer, Department chairman, Karachay-Cherkess State University named after U. D. Aliyev, Karachaevsk
4. Махал Р., Чавла А., Канвар В. Критическое мышление как коррелят управления стрессом среди сельских девочек-подростков. *Adv Res J Soc Sci* 2015;6:32-5.. [[Google Scholar](#)]
5. Наджафианзаде М., Хорсанди М., Абади А.М. Навыки критического мышления и их связь со стратегиями преодоления стресса у студентов Университета медицинских наук Арака, Иран, Stride. *Dev Med Education* 2014;11:387-93.. [[Google Scholar](#)]
6. Сахамид Х. Развитие критического мышления посредством сократического опроса: исследование действий. *IJELS* 2016;4:62-72.. [[Google Scholar](#)]
7. Влияние критического мышления на управление стрессом среди студентов программ образования взрослых и заочной формы обучения Чарити Чинело Окиде итд. 2020 г.

ӘОЖ 616-07-053.5

**Жолдасбекова А., Байділдаева А.С.**

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

## МЕДИЦИНАЛЫҚ БОЛЖАМДАРДЫ ЖАСАУДА РЕГРЕССИЯЛЫҚ ТАЛДАУ ӘДІСІН ҚОЛДАНУ

*Аннотация*

*Бұл мақалада медициналық болжамдарды жасауда корреляциялық және регрессиялық талдаудың маңыздылығы туралы мәселелер айтылады.*

*Кілт сөздер: регрессия, корреляция, ең кіші квадраттар әдісі*

**Жолдасбекова А., Байдильдаева А. С.**

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Қазақстан

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА ПРИ РАЗРАБОТКЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГНОЗОВ

### **Аннотация**

*В этой статье обсуждается важность корреляционного и регрессионного анализа при составлении медицинских прогнозов.*

*Ключевые слова: регрессия, корреляция, метод наименьших квадратов*

**Zholdasbekova A., Baidildayeva A. S.**

«SKMA» JSC, Shymkent, Kazakhstan

## APPLICATION OF THE REGRESSION ANALYSIS METHOD IN THE DEVELOPMENT OF MEDICAL FORECASTS

### **Annatation**

*This article discusses the importance of correlation and regression analysis in making medical predictions.*

*Keywords: regression, correlation, least squares method*

Математикалық әдістер мен тәсілдерді өмірдің барлық саласында қолдану-бізді қоршаған ортаны танып білуімізге, заңдылықтарын анықтауымызға мүмкіндік береді. Математиканың қазіргі кездегі медицина мен денсаулық сақтаудағы да ролі ерекше. Статистикалық тәсілдер қазіргі ғылыми зерттеулердің негізінде жатыр. Егер статистика белгілі бір объективтік көріністермен айналысса, математика абстракциялық сандық қатынастарды зерттейді. Статистика өмірде болып жатқан өзгерістердің сандық және сапалық жағын зерттеп баға береді.

Статистиканың бір бөлімі- корреляциялық талдау клиникалық зертханалық мәліметтер мен әртүрлі аурулар арасындағы байланысты талдаудың маңызды құралы болып табылады. Медицинада ауруларды диагностикалау мен емдеуде корреляция маңызды роль атқарады. Мысалы, қандағы холестерин деңгейі мен жүрек-қан тамырлары ауруларының қаупі



арасындағы байланысты талдау жағдайында корреляция екі көрсеткіш арасындағы байланыстың бар немесе жоқтығын көрсете алады. Корреляциялық және регрессиялық талдау емдеу тиімділігін болжау үшін де пайдалы болуы мүмкін. Мысалы, егер зерттеу нәтижесі қандағы қанттың мөлшері мен белгілі бір препаратқа реакция арасындағы жоғары корреляциялық байланысты көрсетсе, онда бұл науқас үшін ең тиімді емдеу режимін анықтау үшін өзекті ақпарат болуы мүмкін.

Әртүрлі үдерістер немесе құбылыстарды болжауда корреляциялық байланысын сипаттау үшін сызықтық регрессия теңдеуі кеңінен қолданылады. Корреляциялық және регрессиялық талдаудың медицинада маңызы зор, өйткені ол қандай зертханалық мәліметтер науқастарды диагностикалау және емдеу үшін пайдалы болуы мүмкін екенін анықтауға мүмкіндік береді және медициналық шешімдер қабылдауға негіз береді. Корреляциялық талдау клиникалық зертханалық мәліметтер мен әртүрлі аурулар арасындағы байланысты талдаудың маңызды құралы болып табылады.

Математикалық тұрғыда регрессия бұл тәуелді  $y$  шамасын тәуелсіз  $x$  шамасымен байланыстыратын функция. Ол  $x$  қалай өзгергенде  $y$  қалай өзгертінін көрсетеді. Сызықтық регрессияның теңдеуі келесі түрге ие:

$$y = ax + b \quad (1)$$

Регрессиялық талдаудың негізгі мәселесі  $a$  және  $b$  коэффициенттерін табу және олардың статистикалық маңызын бағалау. Мұны жасаудың тәсілдерінің бірі - ең кіші квадраттар әдісі.

Ең кіші квадраттар әдісі - бақыланатын нүктеден жүргізілген түзуге дейінгі арақашықтықтардың қосындысының квадраттары ең аз болуына негізделген.

Регрессия теңдеуі екі кездейсоқ шамалардың байланысының математикалық моделі болады. Модельдің сапасын, яғни байланысты қаншалықты жақсы көрсететінін, детерминация коэффициенті  $R^2$  көмегімен бағалауға болады, ол шамалар арасындағы корреляция коэффициентінің квадратына тең.

Сызықтық регрессия теңдеуінің коэффициенттері мен параметрлері ең кіші квадраттар әдісі арқылы анықталады:

$$a = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i}{n \sum_{i=1}^n x_i^2 - (\sum_{i=1}^n x_i)^2} \quad (2)$$

$$b = \frac{\sum_{i=1}^n x_i^2 \sum_{i=1}^n y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n x_i y_i}{n \sum_{i=1}^n x_i^2 - (\sum_{i=1}^n x_i)^2} \quad (3)$$

Мысал. Тұрғындар арасында жедел өкпе қабынуымен және тұмаумен ауырған науқастар саны әр ай сайын тіркеліп отырған. Регрессия теңдеуін құрып, талау жасаңыз

Кесте 1.Тұрғындар саны

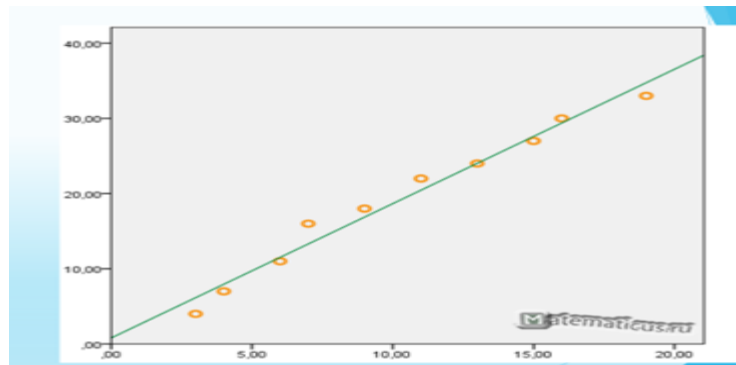
Жедел өкпе қабынуы	3		6	7	9	11	13	15	16	19
Тұмау	4		11	16	18	22	24	27	30	33

$$a = \frac{10 * 2446 - 103 * 192}{10 * 1323 - 103^2} = \frac{4684}{2621} = 1,7871$$

$$b = \frac{192 - 1,7871 * 103}{10} = 0,79$$

(5)

Ізделінді теңдеу-  $Y=1,7871x+0,79$



Сурет 1- Табылған теңдеудің сызбасында сызықтық тәуелділік функциясының графигі түзу сызықпен және кестелік мәндер нүкте түрінде кескінделген.

Бұдан көретініміз, зерттелетін шамалар арасында күшті тура байланыс бар, олай болса регрессия теңдеуінің коэффициенттері статистикалық маңызды екендігін көрсетеді. Жедел өкпе қабынуы мен тұмау ауруының арасында күшті корреляциялық байланыс бар. Корреляциялық және регрессиялық талдау емдеу тиімділігін болжау үшін пайдалы болмақ.

Қорытындылай келе, математиканың ғылымның барлық саласында, соның ішінде медицинада алатын орны ерекше. Математика ғылымы арқылы медицинада адам өмірін құтқарып, дұрыс өмір сүруіне жағдай жасай алады.

**Әдебиеттер тізімі:**

1. Петров И.Б. Математическое моделирование в медицине и биологии на основе моделей механики сплошных сред // ТРУДЫ МФТИ, 2019, ТОМ 1, №1
2. Койчубеков Б.К. Биостатистикаға кіріспе курсы: оқу құралы.-Эверо, 2014.
3. В. А. Медик, М. С. Токмачев..Математическая статистика в медицине. — 2-е изд .Том 1 : учеб. пособие для СПО / — М.: Юрайт, 2012.

УДК 616.351

**Нұрболат А.Е.<sup>1</sup>, Нұрбақыт А.А.<sup>1</sup>, Ауезова Э.Т.<sup>1</sup>, Даниярова А.Б.<sup>1,2</sup>,  
Бимурзаева Ф.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Казахский национальный университет имени аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан

<sup>2</sup> Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы, Казахстан

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОГРАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

### ***Аннотация***

*Врожденные аномалии развития в настоящее время составляют большой процент заболеваемости, инвалидизации и смертности, являясь тяжелым бременем как для отдельной семьи, так и для общества в целом.*

***Ключевые слова:*** *аноректальные пороки, инвалидизации и смертности, врожденные аномалии развития.*

**Нұрболат А.Е.<sup>1</sup>, Нұрбақыт А.Н.<sup>1</sup>, Ауезова Э.Т.<sup>1,2</sup>, Даниярова А.Б.<sup>1,2</sup>, Бимурзаева  
Ф.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Эль-Фараби атындағы ҚазҰУ, Алматы қ., Қазақстан

<sup>2</sup> Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, г. Алматы, Қазақстан

## **АНОРЕКТАЛЬДЫ АЙМАҚТЫҢ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ**

### ***Аннотация***

*Қазіргі уақытта туа біткен ақаулар жеке отбасы үшін де, жалпы қоғам үшін де ауыр жүк болып табылатын аурушаңдық, мүгедектік және өлім-жітімнің үлкен пайызын құрайды.*

*Кілт сөздер:* аноректальды ақаулар, мүгедектік және өлім, туа біткен ауытқулар.

**Nurbolat A.E.<sup>1</sup>, Nurbakyt A.A.<sup>1</sup>, Auezova E.T.<sup>1</sup>, Daniyarova A.B.<sup>1,2</sup>,  
Bimurzayeva F.A.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Kazakh National University after named Al - Farabi, Almaty, Kazakhstan

<sup>2</sup> Higher School of Public Health, Almaty, Kazakhstan

## **IMPROVING THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL ANORECTAL DEFECTS**

### ***Annatation***

*Congenital anomalies of development currently account for a large percentage of morbidity, disability and mortality, which is a heavy burden both for an individual family and for society as a whole.*

**Key words:** *anorectal defects, disability and mortality, congenital anomalies of development.*

**Актуальность:** В программах ВОЗ в области охраны и укрепления здоровья 1 этапом внедрения является придание нового импульса мерам по обеспечению охраны здоровья и благополучия ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf)).

Одним из главных акцентов данной Программы является укрепление здоровья детей, подростков и молодежи путем предупреждения заболеваний, оказания своевременной помощи и полноценной реабилитации с учетом лучшей международной практики, в соответствии с подходами в Стратегии здоровья на 2016 – 2030 годы ЮНИСЕФ. (Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982).

Врожденные аномалии развития в настоящее время составляют большой процент заболеваемости, инвалидизации и смертности, являясь тяжелым бременем как для отдельной семьи, так и для общества в целом.

В 2018 году количество детей до 6 лет с особыми образовательными потребностями из-за состояния здоровья (врожденные аномалии, травмы и иные заболевания) превысило 46 тыс. человек. С 2015 года ежегодный прирост данной категории детей составил 6 тысяч детей.

В Республике Казахстан в структуре младенческой смертности, по официальной статистике, ВПР занимают 2-е место и составляют 22,8%. По данным ВОЗ, частота врожденных заболеваний в Казахстане составляет 4—6%, из них ВПР 2,5%. Ежегодно, по данным Национального генетического регистра Республики Казахстан, в стране рождаются от 2500 до 3500 детей с врожденными и наследственными заболеваниями, что составляет от 20,0 до 24,3 случая на 1000 новорожденных [2].

Аноректальные пороки развития (АРПР) являются одной из наиболее частых врождённых патологий, результаты которых остаются неудовлетворительными до настоящего времени.

Аноректальные пороки развития встречаются с частотой 1 на 4000 новорожденных, и их распространенность не имеет тенденции к снижению. Оперативная коррекция этой патологии до настоящего времени является одной из наиболее сложных и развивающихся проблем в хирургии детского возраста. Несмотря на развитие инновационных технологий неудовлетворительные результаты и инвалидизация пациентов после проведения радикальных корригирующих вмешательств по поводу этих аномалий колеблется от 45 до 75 % (Киргизов И.В., Минаев С.В., соавт. 2015).

Большую роль в оказании своевременной хирургической коррекции аномалий развития играет антенатальная диагностика, которая позволяет не только выявить порок до рождения ребенка, но и определить его будущую социальную адаптацию в современном обществе. Немало важную роль играют медико-организационные мероприятия, регулирующие взаимодействие ЛПУ акушерско-гинекологического и общего профиля с отделениями, оказывающими специализированную помощь новорожденным.

**Цель исследования:** изучить особенности распространенности врожденных пороков развития аноректальной области для разработки комплекса мер по оптимизации медицинской помощи.

Задачи исследования

1. Проанализировать заболеваемость, инвалидность и смертность детей с врожденными пороками развития аноректальной области г. Алматы и РК.

2. Изучить существующую систему организации медицинской помощи детям с данной патологией на уровне ПМСП.

3. Определить и оценить удовлетворенность и потребность родителей детей с ВПР аноректальной области полученными медицинской, в том числе реабилитационной и социальной помощью.

4. Оценить качество жизни детей с ВПР аноректальной области.

5. Разработать научно – обоснованную модель совершенствования медико-социальной помощи детям с врожденными пороками развития аноректальной области.

**Материалы и методы исследования:**

Методы исследования                      Материалы исследования      Объект    исследования  
 Объем исследования                      Инструмент исследования

1. Проанализировать заболеваемость, инвалидность и смертность детей с врожденными пороками развития аноректальной области г. Алматы и РК. Библиографический, информационно-аналитический, выкопировка медицинских данных                      Источники зарубежной и отечественной литературы, нормативно-правовая база

Данные с rcz.kz

Источники зарубежной и отечественной литературы, нормативно-правовая база  
 Более 300 источников                      Отчетно-учетные данные, Библиография

Истории болезни

2. Изучить существующую систему организации медицинской помощи детям с данной патологией на уровне ПМСП. контент анализ, Анализ документов выкопировочных материалов за 2018-2022 гг Отчетно-учетные данные за 2018-2022, Нормативно-правовые документы (протоколы лечения, приказы, кадровые ресурсы, штатное расписание),

Истории болезни за 2018 -2022 гг.

НЦПиДХ отделение №1 хирургии г.Алматы

30 городских поликлиник г.Алматы

Орг.метод отдел и стат.отдел мед.орг.                      Отчетно-учетные данные за 2018-2022, около 300 историй болезни

Данные с rcz.kz по РК                      Отчетно-учетные данные, Выкопировочная карта

3. Определить и оценить удовлетворенность и потребность родителей детей с ВПР аноректальной области полученными медицинской, в том числе реабилитационной и социальной помощью. Социологический опрос Анкеты                      Пациенты с ВПР АРО  
 300

респондентов Анкеты, протоколы лечения

4. Оценить качество жизни больных с ХСН до и после получения реабилитационной помощи;

Интервьюирование, статистический методмеждународный опросник PedsQLtm4.0.

Пациенты с ВПР АРО                      300

респондентов Анкеты Результаты стат.обработки, аналитического

Предполагаемая научная новизна исследования

- Будет изучена распространённость первичной инвалидности в РК с врожденными пороками развития аноректальной области.

- Будет проведен комплексный анализ (согласно индикаторов РК) первичной инвалидности детского населения в Алматы за 5 лет с учетом пола, возраста, классов болезней в соответствии с МКБ 10 пересмотра.

- Оценка факторов риска (ФР) здоровья матери в период вынашивания беременности и вероятного влияния на развитие ВПР АРО новорожденного (генетические предрасположенности, инфекции, негативный акушерско-гинекологический статус, экстрагенитальные заболевания), позволит на основе статистической обработки определить степень прямой связи.

- Впервые будет определена потребность детей-инвалидов с врожденной патологией аноректальной зоны по г. Алматы в различных видах медико-социальной реабилитации.

#### Предполагаемая практическая значимость

- Полученные результаты оценки динамики показателей заболеваемости инвалидности среди детей с врожденными пороками развития аноректальной области в различных возрастных категориях за период 2018-2022гг позволит использовать данную информацию для разработки региональных программ улучшения оказания медицинской помощи (КМП);

- На основе анализа деятельности и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий для детей с врожденной патологией аноректальной области на уровне ПМСП и стационара (МО ПМСП и НЦП и ДХ), нами планируется разработать методические документы, направленные на сокращение сроков реабилитации, увеличение возможностей раннего восстановления физиологических функций органов аноректальной области среди обследуемых детей с ВПР путем поиска рациональных решений;

- По результатам анализа проведенного анонимного анкетирования и интервьюирования удовлетворённости медицинской помощью, в том числе реабилитационными услугами родителей детей по г. Алматы и РК, нами планируется вести поиск путей минимизации существующих проблем у пациентов с ВПР с предложением новых управленческих решений.

- Полученные результаты анализа социально-гигиенической и клинической оценки здоровья матерей инвалидов влияния на формирование ВПР АРО позволит вывести основные критерии, которые способны улучшить работу врачей ПМСП и стационаров и укрепить их взаимодействие.

#### Список литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982
2. Надеев А.П., Орынбасаров С.О., Жолмурзаев Б.Т. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов и детей в Приаралье (Республика Казахстан). Архив патологии. 2019;81(4):-52. <https://doi.org/10.17116/patol201981041>
3. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. Интел Тек Петрозаводск 2004. С.243-255.
4. Стратегия «Казахстан-2050» от 14.12.2012 года.
5. Сәрсембайқызы Г., Бекс Т. Подходы к оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Разбор проблем и рекомендации. Нур-Султан, 2019.

УДК 614.2

**Жақсылық Ә.А.**

«ОҚМА» АҚ, Шымкент, Қазақстан

ORCID 0000-0002-6679-323X

**ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ҒЫЛЫМИ  
ЖАРИЯЛАНЫМДАРДЫ РЕТРАКЦИЯЛАУ: ҒЫЛЫМИ ТҰТАСТЫҚТЫ  
ЖАҚСАРТУДЫҢ СЕБЕПТЕРІ, САЛДАРЫ ЖӘНЕ СТРАТЕГИЯЛАРЫ**

**Аннотация**

*Зерттеуде денсаулық сақтау саласындағы ғылыми жарияланымдарды ретракция жасау себептерін, оның ғылыми қоғамдастық үшін салдарын қарастырады және ғылыми тұтастықты жақсарту стратегияларын ұсынады. Қазақстандық авторлардың ретракцияланған жарияланымдарына зерттеу жүргізілді, негізгі этикалық бұзушылықтар анықталды және ғылыми зерттеулердің сапасын бақылау жүйесін жетілдіру бойынша шаралар ұсынылды.*

***Кілт сөздер:** ретракция, ғылыми адалдық, зерттеу этикасы, денсаулық сақтау, сапаны бақылау, ғылыми жарияланымдар.*

**Жақсылық А.А.**

АО «ЮКМА», Шымкент, Қазақстан

ORCID 0000-0002-6679-323X



## РЕТРАКЦИЯ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРИЧИНЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ НАУЧНОЙ ЧЕСТНОСТИ

### *Аннотация*

В исследовании рассматриваются причины ретракции научных публикаций в сфере здравоохранения, его последствия для научного сообщества и предлагаются стратегии повышения научной честности. Были изучены отозванные публикации казахстанских авторов, выявлены основные этические нарушения и предложены меры по совершенствованию системы контроля качества научных исследований.

**Ключевые слова:** ретракция, научная честность, исследовательская этика, здравоохранение, контроль качества, научные публикации.

**Zhaksylyk A.A.**

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

ORCID 0000-0002-6679-323X

## SCIENTIFIC PUBLICATION RETRACTION IN HEALTH CARE: CAUSES, CONSEQUENCES, AND STRATEGIES TO IMPROVE SCIENTIFIC INTEGRITY

### *Annotation*

*The study examines the reasons for the retraction of scientific publications in the field of healthcare, its consequences for the scientific community, and proposes strategies to improve scientific integrity. Retracted publications of Kazakhstani authors were studied, the main ethical violations were identified, and measures to improve the quality control system for scientific research were proposed.*

**Keywords:** *retraction, scientific integrity, research ethics, healthcare, quality control, scientific publications.*

Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми жарияланымдарды ретракция жасау этикалық нормалар мен ғылыми адалдықты сақтаумен байланысты проблемалардың маңызды көрсеткішіне айналды. Ғылыми зерттеулердің жаһандануы және жарияланымдарға қойылатын талаптардың артуы жағдайында ретракцияның себептерін анықтау және талдау ерекше өзектілікке ие.

Зерттеудің негізгі нәтижелерінің бірі медициналық әдебиеттерде зерттеу этикасын бұзу, деректерді бұрмалау, плагиат және ғылыми жұмыстардың сапасына оларды дайындаудың барлық кезеңдерінде жеткіліксіз бақылауды қамтитын ретракцияның негізгі

себептерін анықтау болды. «Retraction Watch» деректер базасы негізінде қазақстандық авторлардың ретракцияланған жарияланымдарын жан-жақты талдау алғаш рет барлық ғылыми пәндерді, соның ішінде денсаулық сақтау саласын қамтуға мүмкіндік берді, бұл этикалық бұзушылықтарға қатысты Қазақстанға тән проблемаларды анықтады.

Бас тартудың салдары авторларға және олардың беделіне ғана әсер етіп қоймайды, сонымен қатар бүкіл ғылыми қоғамдастыққа теріс әсер ететін ғылыми тұжырымдардың сенімділігіне күмән келтіреді. Бұл міндеттер ғылыми дайындықтан бастап зерттеу нәтижелерін жариялауға дейінгі барлық деңгейлерде бақылау мен ғылыми тұтастықты жақсарту қажеттілігін көрсетеді.

Зерттеу нәтижелері бойынша ғылыми саладағы этикалық стандарттарды жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірленеді, онда ғылыми жарияланымдарды бағалаудың неғұрлым қатаң критерийлерін енгізу, ғылыми ұйымдар мен университеттердің жарияланған зерттеулердің сапасы үшін жауапкершілігін күшейту, сондай-ақ зерттеушілердің этикалық нормаларды сақтау маңыздылығы туралы ақпараттарды қамту көзделуде. Бұл шаралар ретракция қаупін айтарлықтай төмендетіп, қазақстандық авторлардың халықаралық аренада беделін нығайтуға ықпал етеді.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> Протасова М.С., Галаева А.И., Рогова С. И.	3
<b>ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021-2022 г.</b> Сайдумаров.Д., Әмір.Е., Перне., Мизамов Д.М., Мусирепова З.Д.	9
<b>ЭЛЕКТРОНДЫ ТЕМЕКІНІ ТҮТЫНУ ЖИЛІГІН ЗЕРТТЕУ</b> Жайлауов Ш.Б., Жексенбек Н.А., Әлімбатыров А.Ә., Зординова К.А.	15
<b>СМУ СТУДЕНТТЕРІНДЕГІ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫН АНЫҚТАУ</b> Сахариев Е.Д., Искакова Н.С.	18
<b>МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗДЕН КЕЙІН БЛЕКТИҢ ЕКІ СҮЙЕГІНІҢ ҚАЙТАЛАНҒАН ДИАФИЗДІК СЫНУЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ</b> Юлдашев Х.А., Муминов А.Г., Калдыгозова Г.Е., Жунисов Б.К., Арифов И.И., Ұзақбай Н.К.	30
<b>ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И СТРЕССА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНЫ И СВЯЗЬ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b> Маркабай. Т.Б., Чергизова Б.Т	28
<b>АҚПАРАТ КӨЗДЕРІ ЖӘНЕ COVID 19-ҒА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА БЕЙІЛДІЛІК</b> Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А., Айдынғалиева Д.А.	37
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b> Әбдез.Б.Н, Амангелді.А.Е., Шакеев Қ.Т.	42
<b>ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ КӨРСЕТУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ</b> Жарасова Қ.Т., Куракбаев К.К., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тимурұлы Е.	48
<b>АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ</b> Мырзатай А., Сарипбекова А. Т.	55
<b>ҚАН ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ЖЕТІЛДІРУ (ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША)</b> Садибекова Ж.У., Жақсылық Қ.А., Анартаева М.Ұ., Сарсенбаева Г.Ж., Бегембетова А.К.	60
<b>ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫ МӘСЕЛЕСІ ЖӘНЕ ОНЫ ШЕШУ ЖОЛДАРЫ</b> Қуанышбекова Т. Ташимбетова О.Ж.	65
<b>CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) AND PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW</b> Nyssanbayeva A., Nysantayeva S.K.	71

<b>АПЛАСТИКАЛЫҚ АНЕМИЯ: ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ</b> Гайсаева Г., Муздыбаева Г.А.	79
<b>ЖАСТАР АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӨЗЕКТИ МӘСЕЛЕЛЕРІ</b> Маметай Ж.Б., Саркулова И.И.	84
<b>ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</b> Әділбек З., Жолымбекова Л.Д., улекеева А.О.	91
<b>ЖАСТАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫ: МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ШЕШІМДЕРІ</b> Мұсабек А., Джубанишбаева Т.Н.	98
<b>АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУҒА ҰШЫРАҒАН КЕЗІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ БАҒАЛАУ</b> Баратбекова М., Бекназарова З.А.	106
<b>PREVENTIVE MEASURES FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN</b> Zainanova M.N., Baibosyn M.A.	113
<b>СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ МАҚСАТЫНДАҒЫ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ГИГИЕНАСЫ</b> Абдигаппарова Д., Атенова Ш.М.	119
<b>АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕГІ КҮНДЕЛІКТІ ҚАН ҚЫСЫМЫН БАҚЫЛАУДЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ</b> Абабакирова Д.Т. , Саркулова И.С.	127
<b>ST СЕГМЕНТІНІҢ ЭЛЕВАЦИЯСЫ БАР- ЖІТІ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМ НАУҚАСТАРЫНЫҢ БОЛЖАМҒА БАЙЛАНЫСТЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</b> Саркулова И.С.	134
<b>НАУҚАСТАРҒА ОТАДАН KEЙІНГІ КҮТІМ ЖАСАУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ</b> Нысанбаева А.Н., Саркулова И.С.	137
<b>ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПЕРИМЕНОПАУЗА КЕЗЕҢІНДЕГІ СОМАТИКАЛЫҚ СТАТУСЫ</b> Байсал О., Туганбаева А.Т.	145
<b>СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ГИГИЕНАЛЫҚ ТӘРБИЕНІҢ РӨЛІ</b> Исмаил А., Тасбулатов Н.К.	150
<b>БЕДЕУЛІКТІ ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕР</b> Ерехан Б., И.С. Саркулова	158
<b>ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫ (әдеби шолу)</b> Гуламова Д., Туганбаева А.Т.	164
<b>АДАМНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ҚҰҚЫҒЫН ІСКЕ АСЫРУ МАҚСАТЫНДАҒЫ ДӘРІГЕР МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-АДАМГЕРШІЛІК ҚАТЫНАСТАРЫ</b> Ғайнеденов Б., Тасбулатов Н.К.	173
<b>ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ</b> Абадов Қ., Саркулова И.С. ,Тулекеева А.О.	180
<b>СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК</b> Әлихан М., Жолымбекова Л.Д. ,Тулекеева А.О.	190
<b>АҚПАРАТ КӨЗДЕРІ ЖӘНЕ COVID 19-ҒА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА БЕЙІЛДІЛІК</b>	203

Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А., Айдынғалиева Д.А.	
<b>ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19</b> Ерболат Н.Е., Уразаева С.Т., Уразаева А.Б., Аманшиева А.А., Айдынғалиева Д.А.	204
<b>SOURCES OF INFORMATION AND COMMITMENT TO VACCINATION AGAINST COVID-19</b> Yerbolat N.Ye., Urazayeva S.T., Urazayeva A.B., Amanshieva A.A., Aidyngaliyeva D.A.	206
<b>ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021-2022 Г.</b> Сайдумаров.Д, Әмір.Е, Перне.А., Мизамов Д.М.	208
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СКРИНИНГ РАКА ЛЕГКОГО</b> Авизова З.К., Изтлеуов Е.М., Мысаев А.О.,	210
<b>ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖАС ӨСПІРІМДЕРДІҢ COVID-19 КЕЙІНГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЖАҒДАЙЫНА СИПАТТАМА</b> Агабаев М. А., Сарсенбаева Г. Ж.	214
<b>ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЦП В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ (обзор литературы)</b> Ораз Б.Р., Туткышбаев С.О.	219
<b>ӘР ТҮРЛІ ЕЛДЕРДЕ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫ (әдебиетке шолу)</b> Бердікұлов А. Б., Сәдібекова Ж. У., Мизамов Д. М., Мусирепова З.Д.	225
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СТРЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАЗАХСТАНСКИХ ВУЗОВ НА ПРИМЕРЕ АО «ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ</b> Өстемір А., Куттықужанова А., Алтынбек Н., Сайдахметов С., Мизамов	231
<b>МЕДИЦИНАЛЫҚ БОЛЖАМДАРДЫ ЖАСАУДА РЕГРЕССИЯЛЫҚ ТАЛДАУ ӘДІСІН ҚОЛДАНУ</b> Жолдасбекова А., Байділдаева А.С.	234
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ</b> Нұрболат А.Е., Нурбакыт А.А., Ауезова Э.Т., Даниярова А.Б., Бимурзаева Ф.А.	238
<b>ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ҒЫЛЫМИ ЖАРИЯЛАНЫМДАРДЫ РЕТРАКЦИЯЛАУ: ҒЫЛЫМИ ТҮТАСТЫҚТЫ ЖАҚСАРТУДЫҢ СЕБЕПТЕРІ, САЛДАРЫ ЖӘНЕ СТРАТЕГИЯЛАРЫ</b> Жақсылық Ә.А.	243