JMPhK

JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY OF KAZAKHSTAN

ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ

КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

eISSN: 1562-2967

ОҢТҮСТІК 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
e-.mail: info@skma.kz

Главный редактор
Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор
Заместитель главного редактора
Нурмашев Б.К.., кандидат медицинских наук, профессор
Редактор научного журнала
Сейіл Б.С., магистр медицинских наук, докторант
Редакционная коллегия:
Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм, наук,профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор
Редакционный совет:
Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)
Шнитовска М.,Prof..,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Пол

ӘОЖ 615.15

Оспан А.[1], Махатов Б.К. [2], Бухарбаева А.Е. [3], Калжан А.Б. [1], Орынбасарова К.К.[1]

[1] «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

[2] Үздіксіз кәсіптік дамыту орталығы, Шымкент қ., Қазақстан

[3]Шымкент қаласы жоғары медицина колледжі, Шымкент қ., Қазақстан

BUPLEURUM TIANSHANICUM ШӨБІНІҢ САНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІН АНЫҚТАУ

Аннотация

Әдеби мәліметтерде ресми және бұрын халықтық медицинада Шоқсары шөбін түрлері бауыр мен өт қабының аурулары үшін жақсы холеретикалық агенттер ретінде белгілі. Шоқсары шөбін асқазан мен ұйқы безіне шырынды әсер етеді, асқазан сөлінің қышқылдығын арттырады және өт құрамын өзгертеді. Шоқсары тұқымдасының өсімдіктеріне сапониндер, эфир майлары, алкалоидтар, таниндер, С дәрумені, каротин кіретіні анықталған. Өсімдіктің құрамында флавоноидтар, кверцетин, изорамнетин, кверцетин, рутин бар.

Бүгінгі таңда әлемдегі фармацевтикалық компаниялардың шамамен үштен бірі дәрілік өсімдіктер негізінде медициналық препараттар шығарады. ДДСҰ сарапшыларының пікірінше, бұл арақатынас болашақта тек өседі. Сондықтан дәрілік өсімдіктерді зерттеу қазіргі кезде перспективті бағыттың бірі болып табылады.

Кілт сөздер:*Халық медицинасы, Шоқсары, сандық көрсеткіш, ылғалдылық, жалпы күлін анықтау, хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлін анықтау.*

Ospan Village [1],. Makhatov B. K. [2], Bukharbayeva A. E. [3], Kalzhan A. B. [1], Orynbasarova K. K. [1]

[1] JCS «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

[2] Center for Continuing Professional Development, Shymkent, Kazakhstan

[3] Higher Medical College of Shymkent, Shymkent, Kazakhstan

BUPLEURUM TIANSHANICUM HERB CHEST DETERMINATION OF INDICATORS

Annotation

In literary data, both official and previously in folk medicine, the species of chokeberry grass is known as good choleretic agents for diseases of the liver and gallbladder. Chokeberry herb has a succulent effect on the stomach and pancreas, increases the acidity of gastric juice and changes the composition of bile. It has been established that plants of the chokeberry family include saponins, essential oils, alkaloids, tannins, vitamin C, carotene. The plant contains flavonoids, quercetin, isoramnetin, quercetin, rutin.

Today, about a third of the world's pharmaceutical companies produce medical preparations based on medicinal plants. According to WHO experts, this ratio will only grow in the future. Therefore, the study of medicinal plants is currently one of the most promising areas.

Key words: *folk medicine, chokeberry, quantitative indicator, humidity, determination of total ash, determination of insoluble ash in a 10% solution of hydrogen chloride acid.*

Село Оспан [1], Махатов Б. К. [2], Бухарбаева А. Е. [3], Калжан А. Б. [1], Орынбасарова К. К. [1]

[1] АО «ЮКМА», Шымкент, Казахстан

[2] Центр непрерывного профессионального развития, Шымкент, Казахстан

[3] Высший медицинский колледж Шымкента, Шымкент, Казахстан

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТРАВЫ BUPLEURUM TIANSHANICUM

Аннотация

По литературным данным, как официальным, так и ранее использовавшимся в народной медицине, разновидности травы черноплодной рябины известны как хорошие желчегонные средства при заболеваниях печени и желчного пузыря. Трава черноплодной рябины оказывает благотворное действие на желудок и поджелудочную железу, повышает кислотность желудочного сока и изменяет состав желчи. Установлено, что растения семейства ароновых содержат сапонины, эфирные масла, алкалоиды, дубильные вещества, витамин С, каротин. Растение содержит флавоноиды, кверцетин, изорамнетин, кверцетин, рутин.

Сегодня около трети мировых фармацевтических компаний производят медицинские препараты на основе лекарственных растений. По мнению экспертов ВОЗ, в будущем это соотношение будет только расти. Поэтому изучение лекарственных растений в настоящее время является одним из наиболее перспективных направлений.

Ключевые слова: *народная медицина, черноплодная рябина, количественный показатель, влажность, определение общей золы, определение нерастворимой золы в 10%-ном растворе хлористоводородной кислоты.*

Жұмыстың өзектілігі. Заманауи медицина мен фармацевтикалық ғылымның ең өзекті мәселелерінің бірі – жоғары емдік қасиетке ие және улылығы төмен дәрілік препараттарды іздестіру болып табылады [1,2].

Ғылымның дамуының нәтижесінде қазіргі таңда әртүрлі ауруларды кешенді түрде емдеу мақсатында синтетикалық жолмен алынған препараттармен қатар өсімдіктен алынған препараттар да қолданылуда. Дегенмен, науқастар үшін дәрілердің жанама әсерлерін азайту мақсатында өсімдіктен алынған препараттарды қолдану өзекті болып табылады.

Осыған байланысты дәрілік өсімдік шикізаттарынан бөлініп алынған ББЗ кешенін біріншілік эксперименталды-фармакологиялық зерттеу, осы заттардың болашақта қолданылуына негіз болады.

Қазақстан флорасы жабайы түрде өсетін дәрілік өсімдіктер қорына өте бай. Дәрілік өсімдіктер негізінде жаңа дәрілік заттарды іздестірудегі және отандық табиғи өнімдер өндірудегі ғылыми зерттеулердің рөлі маңызды. Қазақстанның Оңтүстік өңірінде өсетін, құрамы ББЗ-ға бай, *Bupleurum* L. туысына жататын – *Bupleurum tianshanicum* өсімдігі үлкен қызығушылық туғызып отыр. Қазақстанда 7 түрден астам *Bupleurum* L. туыстары өседі[3].

Bupleurum туысының өсімдіктері халық медицинасында кең спектрде, вирусқа қарсы, қабынуға қарсы қолданылады.

Bupleurum L. туысына жататын – *Bupleurum tianshanicum* өсімдігі зерттелмеген, сондықтан шөбін тауарлық талдау маңызды болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: Түркістан облысында өсетін *Bupleurum tianshanicum* шөбінің сандық көрсеткіштерін анықтау.

Зерттеудің негізгі нысаны: *Bupleurum tianshanicum* шөбінің жер үсті бөлігі.

Bupleurum tianschanicum шикізатының сандық көрсеткіштерін анықтау

Өсімдік шикізаттың ылғалдылығын анықтау

Ылғалдылық дайын шикізатты тұрақты салмаққа дейін кептіруден кейін анықталады. Кептіру t=100-105^0 С арнайы пеште жүргізіледі. Талдауды жүргізу тәртібі:

1) Екі қақпағы бар салмақ өлшейтін бос бөтелкелерді алып, t=100-105^0 С пешке 10 минутқа саламыз. Содан кейін бөтелкелерді салқындату үшін эксикаторға саламыз.Одан кейін әрбір бөтелкені қақпақпен және қақпақсыз өлшейміз. Біз бұл процесті дәл үш рет қайталаймыз.

2) Дайын шикізатты сәйкесінше 3-4 грамм қатынасында I және II бюксқа саламыз. Шикізат өлшемі 1-3 мм болатын бөлшектерге дейін алдын ала ұсақталады. +0,01 грамм қателікпен өлшеңіз. 3) Бюксті кептіргіш шкафқа (пешке) t = 100-105^{0}С температурада екі сағатқа қоямыз, осы уақыт ішінде пешті ашуға болмайды. 4) Екі сағаттан кейін шикізаты бар бөтелкелер эксикаторға шамамен 20 минут салқындату үшін орналастырылады, содан кейін біз өлшейміз. 5) Біз бұл процесті тағы екі рет қайталаймыз, бірақ бюкстар 30 минут кептіргіш шкафтың ішінде болуы керек. 6) Жоғарыдағы барлық пункттерді орындағаннан кейін, массаларды анықтап, формула бойынша ылғалдылықты есептейміз.

Bupleurum tianschanicum шикізатының ылғалдылығын анықтауды ҚР МФ басылымындағы әдістемелерге сәйкес жүргіздік [4]. Шикізаттың ылғалдылығын анықтау нәтижелері 1-кестеде келтірілген.

Кесте 1. **Bupleurum tianschanicum шикізатының ылғалдылығын анықтау**

Бюкстің салмағы (г)	$m_{шикізат}$ (г)	К.д. шикізаты бар бюкстің салмағы (г)	Шикізаты бар бюкстің салмағы (г)			К.к. шикізат салмағы (г)
			2 сағ. кейін	30 мин. кейін	30 мин. кейін	
55,9023	3,0000	58,9023	58,7145	58,7145	58,7145	2,8122
52,5135	3,0000	55,5135	55,3337	55,3337	55,3337	2,8202
52,7125	3,0000	55,7125	55,5038	55,5038	55,5038	2,7913
55,8555	3,0000	58,8555	58,7138	58,7138	58,7138	2,8583
52,3723	3,0000	55,3723	55,1578	55,1578	55,1578	2,7855
Ескерту: К.д. – кептіргенге дейінгі; К.к. – кептіргеннен кейінгі						

Алынған параллелді анықтаудың нәтижелері бойынша шикізаттың ылғалдылығы орташа

6,13%-ды құрайды және бұл көрсеткіш ылғалдылықтың жіберілетін шегінен, яғни 16%-дан аспайды.

Өсімдік шикізатының күлін анықтау

Күлдің құрамын анықтау. 1) Екі бос тигельді алып, t = 500 °С муфельді пешке 15 минутқа қоямыз. Содан кейін әрбір тигельді салқындату үшін эксикаторға саламыз. Әрі қарай әрбір

тигельді өлшейміз. Біз бұл процесті дәл екі рет қайталаймыз. 2) Дайын шикізатты әр тигельге саламыз, 3 грамм. Тигельдерді муфельді пешке салып, шикізатты жағамыз. Өртенгеннен кейін біз жалпы күлді аламыз. Оны тигельдерді эксикаторда суытқаннан кейін өлшейміз.

3) құрамындағы HCl-да ерімейтін күлді анықтаңыз. Ол үшін күлі бар әрбір тигельге 15 мл HCl және 5 мл қайнаған су құйыңыз. Алынған массадан сүзгі қағазы арқылы HCl-де ерімейтін күлді бөліп аламыз. 4) Алынған күлді өлшеп, жану үшін муфельді пешке салыңыз. Содан кейін де салқындатыңыз және өлшеңіз. 5) Содан кейін пешке он минутқа қойыңыз, салқындатыңыз, өлшеңіз. Бұл процесс тұрақты салмақ болғанша екі рет қайталанады. 6) Жоғарыдағы жұмыстарды орындағаннан кейін формула бойынша өсімдік шикізатының, яғни Тянь – шань шоқсарысының күлділігінің сандық (пайыздық) көрсеткіштерін анықтаймыз.

Bupleurum tianschanicum шикізатының жалпы күлін және хлорсутек қышқылының 10 %-ды ерітіндісінде ерімейтін күлді анықтау ҚР МФ әдістемеге сәйкес жүзеге асырылды [4]. Шикізаттың күлін анықтау нәтижелері 2-кестеде келтірілген.

Кесте 2. **Bupleurum tianschanicum шикізатының күлін анықтау**

Тигельдің тұ-рақты салма-ғы (г)	$m_{шикізат}$ (г)	Шикіза-ты бар тигель-дің сал-мағы (г)	Күлі бар тигельдің салмағы (г)				Күлдің салма-ғы(г)
			2 сағ. Кейін	30 мин. кейін	30 мин. кейін	30 мин. Кейін	
29,9817	3,0000	32,9817	30,3543	30,1628	30,1626	30,1626	0,1809
27,7867	3,0000	30,7867	28,1932	27,9827	27,9825	27,9825	0,1958
29,8755	3,0000	32,8755	30,2923	30,0812	30,0812	30,0812	0,2111
27,6987	3,0000	30,6987	28,0858	27,9071	27,9071	27,9071	0,1787
30,0779	3,0000	33,0779	31,9757	31,7915	31,7915	31,7915	0,1842

Алынған параллелді анықтаудың нәтижелері бойынша шикізаттағы жалпы күлдің құрамы орташа 6,69%-ды құрайды.

Хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлдің абсолютті құрғақ шикізатқа шаққандағы құрамы *(X_2)* келесі формула бойынша есептелді:

$$X_2 = \frac{(m_1 - m)\cdot 100\cdot 100}{m_2\cdot(100-W)}, \qquad (5)$$

мұндағы, m_1 – күлдің салмағы, граммен;

m – сүзгіш күлінің салмағы (соңғысының күлі 0,0002 г-нан аспаса), граммен;

m_2 – шикізат салмағы, граммен;

W – шикізаттың кептіргендегі масса шығыны.

Кесте 4. **Bupleurum tianschanicum шикізатының хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлін анықтау**

№	Тигельдің тұрақты салмағы (г)	Күлдің салмағы (г)	Сүзінді салмағы (г)	тигель мен сүзінді салмағы (г)	10% хлорсутек қышқылында ерімейтін күлдің салмағы (г)	10% хлорсутек қышқылында ерімейтін күлі, (%)
1	29,9817	0,1809	0,29	31,89	0,0326	5,3
2	27,7867	0,1958	0,31	30,96	0,0333	5,7
3	29,8755	0,2111	0,29	31,52	0,0456	5,9
4	27,6987	0,1787	0,29	29,32	0,0355	5,1
5	30,0779	0,1842	0,28	32,26	0,0348	5,3

Хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлдің абсолютті құрғақ шикізатқа шаққандағы құрамы орташа 5,52%-ды құрайды.

Нәтижелердің статистикалық өңдеуі

Экспериментальды жұмыс нәтижелерінің статистикалық өңдеуі STATISTICA – Version 10 (Stat Soft Inc, АҚШ), Microsoft Office Excel бағдарламасы бойынша жүргізіледі.

Сандық әдістердің метрологиялық сипаттамасы:

n - әдістің метрологиялық сипаттамаларын есептеу үшін қайталанулар саны;

X - қайталанулар санының орташа мәні;

S^2 - дисперсия;

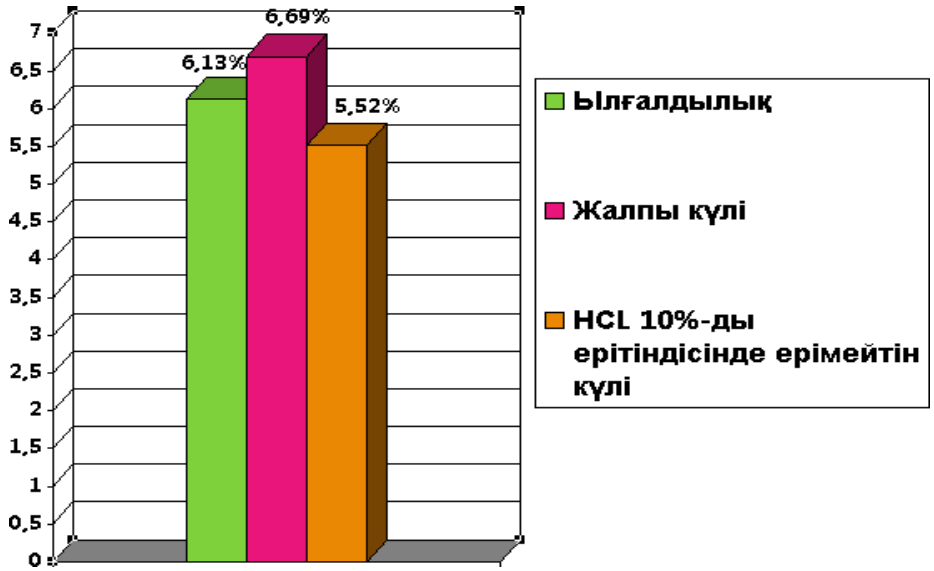
S_X - орташа квадраттық ауытқу; $\bar{d}$- орташа сызықтық ауытқу; е-әдістің салыстырмалы қателігі.

Кесте 4. **Bupleurum tianschanicum шикізатының хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлін анықтау**

Сандық көрсеткіш	Зерттеудің метрологиялық сипаттамасы					
	n	X,%	S_x2	Sx	$\bar{d}$	e
Ылғалдылығы	5	6,13	0,01870	0,14451	0,0996	2, 64%
Жалпы күлі	5	6,69	0,12915	0,103882	0,08298	1,33 %
10 % хлорсутек қышқылында ерімейтін күлі	5	5,52	0,01926	0,11948	0,09978	1,66%

Кесте 5. **Bupleurum tianschanicum шикізатының сандық көрсеткіштері**

	Сандық көрсеткіштері	**Нәтижелері**
	Ылғалдылық	7%-дан артық емес
	Жалпы күлі	7%-дан артық емес
	Хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлі	6%-дан артық емес



Сурет 5 – **Bupleurum tianschanicum шикізатының сандық көрсеткіштері**

Қорытындылай келе, Bupleurum tianschanicum шикізатының сандық көрсеткіштері дәлелденді: ылғалдылығы 7%-дан артық емес; жалпы күлі 7%-дан артық емес; хлорсутек қышқылының 10%-ды ерітіндісінде ерімейтін күлі 6%-дан артық емес.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Расина Л.Н. Изучение фитопрепаратов в качестве средств фармакологической коррекции радиационных воздействий / Расина Л.Н., Ларионов Л.П., Любошевский Н.М., Вараксин А.Н., Бреднева Н.Д. // Фармация. – 2003. – №1. – С. 30-32.

2. Vogel G. New Natural Products and Plant Drugs with Pharmacological, Biological or Therapeutical activity / Vogel G. // Springer Verlag. -Berlin- Heidelberg. New York. – 1977. – P. 449-265.

3. Виноградова Т.А., Гажев Б.Н., Виноградов В.Н., Мартынов В.К. Практическая фитотерапия / Под ред. Т.А. Виноградова // – М.: Изд-во «ЭКСМО-Пресс»; С.-Пб.: «Валери СПД», 2001. – 640 с.

4. Государственная Фармакопея Республики Казахстана // Алматы: «Жібек жолы» – 2008. – Том 1. – 592 с.

5. Пакшина С. М. и др. Количественная оценка биологического выноса 137Cs из почвы наземной массой мятликовых трав при внесении минеральных удобрений //Радиация и риск (Бюллетень Национального радиационно-эпидемиологического регистра). – 2017. – Т. 26. – №. 4. – С. 99-110.

6. Костюк В. И., Вихман М. И. Количественная оценка влияния удобрений на урожайность и химический состав многолетних трав //Агрохимия. – 2011. – №. 3. – С. 41-45.

7. Валге А. М., Сухопарое А. И. Оценка эффективности технологических процессов заготовки кормов из трав //АгроЭкоИнженерия. – 2018. – №. 3 (96). – С. 129-138.

ӘОЖ 615.15

Оспан А. [1], Махатов Б.К. [2], Бухарбаева А.Е.[3], Калжан А.Б.[1], Орынбасарова К.К.[1]

[1] АО «ЮКМА», г.Шымкент, Казахстан

[2] Центр непрпервыного профессионального развития, г.Шымкент, Казахстан

[3] Высший медицинский колледж, г.Шымкент, Казахстан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАВЫ BUPLEURUM TIANSHANICUM

Аннотация

В официальной литературе, а ранее и в народной медицине виды травы володушки известны как хорошие желчегонные средства при заболеваниях печени и желчного пузыря. трава володушки оказывает соковое действие на желудок и поджелудочную железу, повышает кислотность желудочного сока и изменяет состав желчи. установлено, что растения рода володушка содержат сапонины, эфирные масла, алкалоиды, дубильные вещества, витамин С, каротин. Растение содержит флавоноиды, кверцетин, изорамнетин, кверцетин, рутин.

На сегодняшний день примерно треть фармацевтических компаний мира производят лекарственные препараты на основе лекарственных растений. По мнению экспертов ВОЗ, в будущем это соотношение будет только увеличиваться. Поэтому изучение лекарственных растений в настоящее время является одним из перспективных направлений.

Ключевые слова: *народная медицина, володушка, числовые показатели, влажность, определение общей золы, определение золы нерастворимой в 10% растворе хлористоводородной кислоты.*

Ospan A. [1], Makhatov B.K. [2], Bukharbaeva A.E.[3], Kalzhan A.B.[1], Orynbasarova K.K.[1]

[1] JCS «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

[2] Center for Continuous Professional Development, Shymkent, Kazakhstan

[3] Higher Medical College, Shymkent, Kazakhstan

NUMERICAL INDICATORS BUPLEURUM TIANSHANICUM

Annotation

In the official literature, and earlier in folk medicine, the types of herb volodushka are known as good choleretic agents for diseases of the liver and gallbladder. Volodushka grass has a juice effect on the stomach and pancreas, increases the acidity of gastric juice and changes the composition of bile. It has been established that plants of the genus Volodushka contain saponins, essential oils, alkaloids, tannins, vitamin C, and carotene. The plant contains flavonoids, quercetin, isorhamnetin, quercetin, rutin.

Today, about a third of pharmaceutical companies in the world produce medicinal products based on medicinal plants. According to WHA experts, this ratio will only increase in the future. Therefore, the study of medicinal plants is currently one of the promising areas.

Key words: *Folk medicine, Volodushka, numerical indicators, humidity, determination of total ash, determination of insoluble ash in 10% hydrochloric acid solution.*

Оспан А. [1], Махатов Б.К.[2], Бухарбаева А.Е.[3],А.Б. Калжан [1], Орынбасарова К.К.[1]

[1] «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

[2] Үздіксіз кәсіптік дамыту орталығы, Шымкент қ., Қазақстан

[3] Шымкент қаласы жоғарымедицина колледжі, Шымкент қ., Қазақстан

BUPLEURUMTIANSHANICUM ШӨБІН МОРФОЛОГИЯЛЫҚ-АНАТОМИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

Аннотация

Дәрілік өсімдіктерден алынған препараттарға сұраныс күн сайын артып келеді, сондықтан халықтық медицинада қолданылатын дәрілік өсімдіктерді зерттеуге, олардан өсімдік тектес жаңа препараттарды алуға ерекше назар аударылады.

Халықтық медицинада Шоқсары шөбін барлық түрлері жүйке аурулары, безгегі, қабынуға қарсы, жараларды емдейтін, холеретикалық, іш жүргізетін және стимулятор ретінде қолданылады.

Дәрілік мақсатта өсімдіктің жер үсті бөліктері жиналады, жинау гүлдену кезінде жүзеге асырылады, тұнба дайындау үшін қолданылады. Шөптің (жапырақтардың, гүлдер мен сабақтардың) инфузиясы холеретикалық әсерге ие, холецистит, холангит және гепатиттерді емдеуде қолданылады.

Кілт сөздер: *халық медицинасы, шоқсары, анатомо-морфологиялық зерттеу, макроскопиялық талдау, микроскопиялық талдау.*

Жұмыстың өзектілігі. Әртүрлі ауруларды емдеуде дәрілік өсімдіктерді, сонымен қатар олардың негізінде алынған табиғи өнімдерді қолдану дәстүрі мыңжылдықтарды қамтиды. Қазіргі таңда, химия мен биотехнологияның даму жетістіктеріне қарамастан, өсімдік тектес дәрілік препараттарды қолдану өзектілігі мен әйгілілігі айтарлықтай жоғары дәрежеде. Дәрілік өсімдік

шикізатынан алынған препараттардың емдік әсерінің ерекшелігі, химиялық синтез жолымен алынған препараттарды қолданған кездегідей емдік әсерінің жылдам байқалмауымен және әрқашан ашық айқын болмауымен сипатталады. Алайда, құрамында биологиялық белсенді заттары (ББЗ) бар, өсімдік тектес препараттар, синтетикалық жолмен алынған препараттармен салыстырғанда аллергия туындатпайды, улылығы төмен, ағзаға қолайлы әсер етеді, және ұзақ уақыт қолданғанда жанама әсерлер көрсетпейді [1,2,3,4].

Қазақстан флорасы жабайы түрде өсетін дәрілік өсімдіктер қорына өте бай. Дәрілік өсімдіктер негізінде жаңа дәрілік заттарды іздестірудегі және отандық табиғи өнімдер өндірудегі ғылыми зерттеулердің рөлі маңызды. Қазақстанның Оңтүстік өңірінде өсетін, құрамы ББЗ-ға бай, *Bupleurum* L. туысына жататын – *Bupleurum tianshanicum* өсімдігі үлкен қызығушылық туғызып отыр. Қазақстанда 7 түрден астам *Bupleurum* L. туыстары өседі [5].

Bupleurum туысының өсімдіктері халық медицинасында кең спектрде, вирусқа қарсы, қабынуға қарсы қолданылады.

Bupleurum L. туысына жататын – *Bupleurum tianshanicum* өсімдігі зерттелмеген, сондықтан шөбін тауарлық талдау маңызды болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: Түркістан облысында өсетін *Bupleurum tianshanicum*шөбін морфологиялық-анатомиялық белгілерін анықтау.

Зерттеудің негізгі нысаны:*Bupleurum tianshanicum*шөбінің жер үсті бөлігі.

Макроскопиялық талдау.

Біздің зерттеу объектіміз – Тянь-Шань шоқсарысы (Bupleurum tianschanicum Freyn) (1-сурет). Мойын ағаш тәрізді, біршама тармақталған, генеративті және вегетативті өркендері бар қысқа бұтақтары бар; бірнеше сабағы, биіктігі 50-100 см, домалақ, борышталған, үстіңгі бұрышты, түзу, ортасынан ұзынша тармақталған; жапырақтары көкшіл-жасыл, төменгі сызықты, үшкір, негізінде ұзын жапырақшаға тарылған, 5-7 күрт шығыңқы тамыры бар, ұзындығы 18 см-ге дейін. және ені 2-3 мм., сабақтарының жапырақтары төменгі бөлігінде кеңейтілген, жоғарғы ланцетті немесе ұзынша, үшкір, ені 7 мм-ге дейін; қолшатырлар 6-8-сәулелі, сәулелері тең емес, жіңішке, ұзындығы шамамен 3 см., қабықшасы жоқ немесе 1-3 ланцетті, әр түрлі ұзындықтағы жапырақшалар, 30-гүлді, 8 ланцетті немесе сопақша-ланцетті, үш тамырлы жапырақшалары гүлденуден асып түседі; өте қысқа сабақтардағы гүлдер, жапырақшалары қоңыр, жиегі сары, сопақша, ұштары иілген, ұзындығы 0,8 мм; жемістері қара қоңыр, ұзын-сопақша, ұзындығы 3-3,5 мм, қабырғалары үшкір, бороздардағы түтікшелері дара, тар, комиссура жағында. Маусым-

шілдеде гүлдеп, тамыз-қыркүйек айларында жеміс береді. Орман және субальпілік белдеудегі дала беткейлерінде өседі.

Тамыры күшті, түйінді. Сабағы тік, биіктігі 1 м-ге дейін. Базальды жапырақтары ұзын, ортаңғы және жоғарғы жапырақтары төменгіге қарағанда қысқа. Тянь-Шань шоқсарысының жапырақтары, қиярға ұқсас, көкшіл реңге ие, өйткені олар балауыз жабындысымен жабылған. Жапырақтары иілген гүлдер. Маусым-шілде айларында гүлдейді. Жемісі - тұқым. Жемістер шілде-тамыз айларында.

Сурет 1-**Тянь-Шань Шоқсарысы (Bupleurum tianschanicum Freyn)**

Өсімдіктің морфологиялық ерекшеліктері

Өлшеу. Шикізаттың өлшемдері миллиметрлік сызғышпен анықталды. Шикізаттың мөлшерін объективті бағалау үшін бірқатар өлшеулер жүргізілді. Кішкентай заттар үшін (өлшемі 3 см-ге дейін) 20-30 өлшемге дейін алынды. Содан кейін орташа мән есептелді.

Түсі. Шикізаттың түсі күндізгі жарықта анықталды. Шикізаттың түсі бетінен, сондай-ақ сынғанда немесе кесіндіде белгіленді. Шөп жасыл. Гүлшоғырлары ашық сары.

Иісі. Әдетте иіс құрғақ шикізатта нәзік заттарды саусақтардың арасында ысқылау арқылы анықталды; Ерекше иіс.

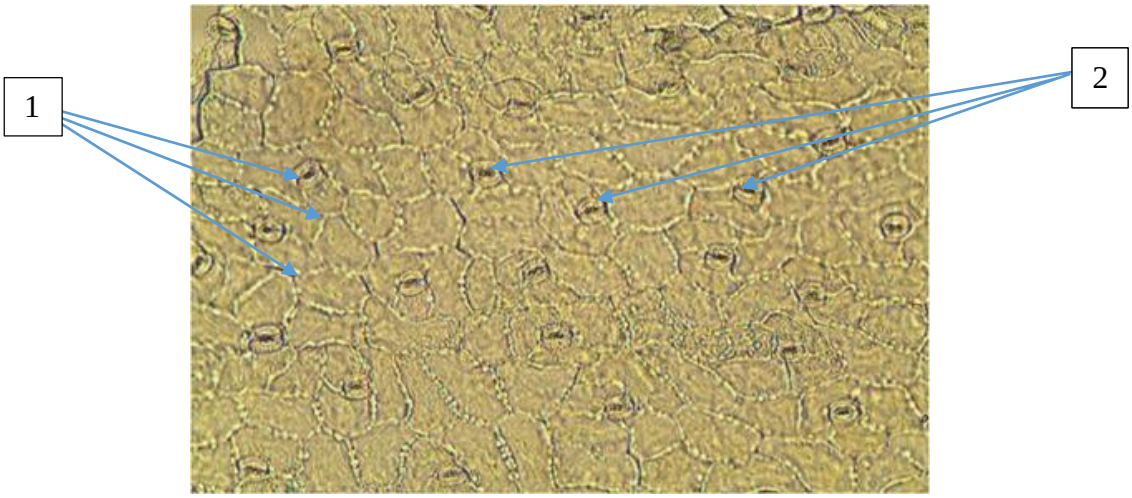
Дәмі. Дәрілік шикізаттың дәмін анықтау үшін сіз өте мұқият тырысуыңыз керек, кішкене бөліктерді аузыңызға алып, шайнап, жұтпай, түкіру керек. ГФ-да дәм улы емес объектілерге ғана көрсетіледі (дәм шикізаттың улы емес екені анықталған кездегі талдаудың соңғы кезеңі ретінде анықталады). Органолептикалық үлгілер әдетте дәрілік шикізаттың көптеген түрлеріне өте тән және маңызды диагностикалық белгілер болып табылады.

Bupleurum tianschanicumшикізатының микродиагностикалық белгілерінің сипаттамасы

Bupleurum tianschanicum шикізатының микродиагностикалық белгілерін зерттеу ҚР МФ басылымындағы әдістеме бойынша дайындалған және микросуретке түсірілген уақытша микропрепаратқа жүргізілді.

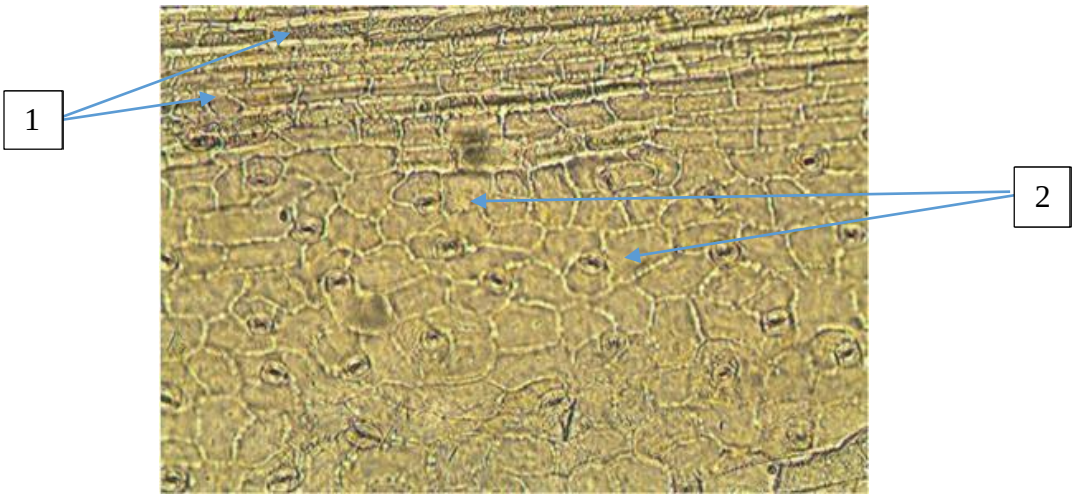
Жапырақтың микродиагностикалық белгілеріне жүргізілген зерттеу.

Микропрепараттарды зерттегенде жапырақтың үстіңгі және төменгі жақтарында қабырғалары сәл иілген көпбұрышты эпидермис жасушалары көрінеді. Жүйкеленуі үстіндегі эпидермис жасушалары бойлық ұзартылған пішінге ие. Жапырақтың жоғарғы және төменгі жағындағы лептесік устица сопақша, 3-5 жасушамен қоршалған (аномоцитті типті устица аппарат). Сабақтың көлденең қимасын қарастырғанда мыналарды көруге болады: эпидермис қабаты, эпидермистің астында колленхима қабаты, қабырғалардың астында бұрыштық колленхима, флоэма, склеренхима, паренхима бар. Микропрепаратты сабағының беткі жағын зерттегенде жасуша қабырғасы аздап қалыңдаған полигональды эпидермис жасушалары көрінеді. Устицалары сопақша, 3-5 жасушамен қоршалған (аномоцитті устьица аппараты). Жапырақшаның бетінен микропрепаратты зерттегенде эпидермистің көрінетін жасушалары аздап қиғаш, сонымен қатар көптеген жасушалық және спиральді тамырлар, тозаң дәндері байқалады.



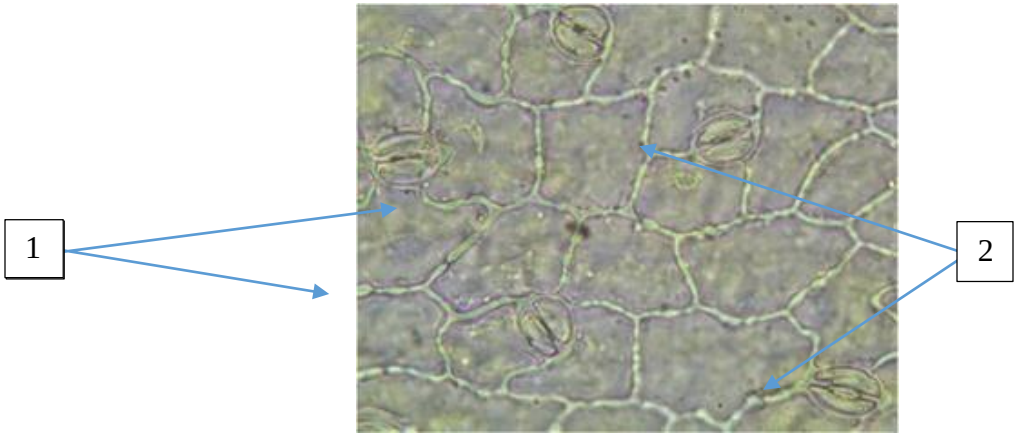
Сурет 2-**Bupleurum tianschanicum шөптері. Жапырақтың жоғарғы жағы. (400Х ұлғайтылған)**

1.Қабырғалары аздап иілген эпидермис жасушалары. 2.Устьица аппараты аномациттік типке жатады.



Сурет 3-**Bupleurum tianschanicum шөптері. Жапырақтың төменгі жағы.(400Х ұлғайтылған)**

1.Қабырғалары сәл иілген және жүйкелену үстінде бойлық ұзартылған қабырғалары бар эпидермис жасушалары. 2.Устьица аппараты аномациттік типке жатады.



Сурет 4-**Bupleurum tianschanicum шөптері. Жапырақтың жоғарғы жағы.** (1260Х ұлғайтылған)

1.Қабырғалары аздап иілген эпидермис жасушалары. 2.Устьица аппараты аномациттік типке жатады.

Қорытындылай келе, Bupleurum tianschanicum өсімдігінің жер үсті бөлігінің морфологиялық және микродиагностикалық белгілеріне зерттеу жүргізілді. Жапырақтың диагностикасын жүргізуге мүмкіндік беретін микродиагностикалық белгілері дәлелденді.

Әдебиеттер тізімі

1. Васильев А.Н. Требования к безопасности и эффективности растительных лекарственных препаратов: сравнение отечественного и европейского подходов / Васильев А.Н., Сюбаев Р.Д., Гавришина Е.В. [и др.] // Ремедиум. – 2014. – №5. – С. 6-15.

2. Крылов А.А. Руководство по фитотерапии. Современная медицина / А.А. Крылов, В.А. Марченко. // СПб.: Питер, 2000. - 413 с.

3. Расина Л.Н. Изучение фитопрепаратов в качестве средств фармакологической коррекции радиационных воздействий / Расина Л.Н., Ларионов Л.П., Любошевский Н.М., Вараксин А.Н., Бреднева Н.Д. // Фармация. – 2003. – №1. – С. 30-32.

4. Vogel G. New Natural Products and Plant Drugs with Pharmacological, Biological or Therapeutical activity / Vogel G. // Springer Verlag. -Berlin- Heidelberg. New York. – 1977. – P. 449-265.

5. Виноградова Т.А., Гажев Б.Н., Виноградов В.Н., Мартынов В.К. Практическая фитотерапия / Под ред. Т.А. Виноградова // – М.: Изд-во «ЭКСМО-Пресс»; С.-Пб.: «Валери СПД», 2001. – 640 с.

6. Государственная Фармакопея Республики Казахстана // Алматы: «Жібекжолы» – 2008. – Том 1. – 592 с.

ӘОЖ 618.2-089.163

Кулбаева С.Н. [1], Налибаева Р.К.[2], Азимова Д.А.[2], Кадирханов А.З.[2], Садвакасов С.С. [2] , Саркулова И.С.[3],Абилхаир М.Қ.[3]

[1] АҚ «ОҚМА», Шымкент қ., Қазақстан

[2] Облыстық №1 перинаталдық орталық, Түркістан облысы, Қазақстан

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

АКУШЕРЛІК АТИПТІ ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ-УРЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУДЕГІ АЛҒАШҚЫ ТӘЖІРИБЕНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Аннотация

Өзектілігі: *Жүкті әйелдердегі тромбоздық микроангиопатияның әртүрлі нұсқаларын диагностикалау және емдеу айтарлықтай қиындықтар туғызады, сондықтан әріптестердің әрбір клиникалық жағдайда өз тәжірибесін қолайлы және қолайсыз нәтижелерімен бөлісуге деген ұмтылысы әбден түсінікті.*

Зерттеудің мақсаты *– акушерлік атипті гемолитикалық-уремиялық синдромының клиникалық ағымның ерекшеліктерін, осы асқынуды диагностикалау кезінде туындаған қиындықтарын клиникалық жағдайда зерттеу.*

Материалдары мен әдістері: *Түркістан облысы (Қазақстан) №1 облыстық перинаталды орталыққа акушерлік атипиялық гемолитикалық уремиялық синдром (аГУС) сияқты сирек кездесетін аурумен жүкті әйел жатқызылды. 24 жастағы қайта жүкті әйелде*

көп жүктіліктің босанғаннан кейінгі кезеңіндегі аГУС-ның клиникалық жағдайы сипатталған. 2018 жылғы бірінші жүктілік асқынусыз аяқталды.

Нәтижелері: *Мақалада өліммен аяқталатын науқастарда аГУС дамуының талдауы бар. Ауруханаға түскеннен кейін 16-шы күні науқас қайтыс болды. Өлімнің себебі: мидың ісінуі. Көп органның жеткіліксіздігі.*

Қорытынды: *Осылайша, бұл зерттеу нефрологтарды да, акушерлерді де жүктілік пен босануға байланысты акушерлік аГУС курсының ерекшеліктерімен, диагностикасы мен терапиясының тәсілдерімен және нәтижелерімен таныстыруға бағытталған. Комплементтік реттеудің бұзылуына генетикалық бейімділігі бар емделушілерде жүктілік тромбоздық микроангиопатияның басқа триггерлерімен немесе бүгінгі күні олар деп аталатын комплементті белсендіретін жағдайлармен үйлесімде аГУС дәстүрлі байқалғаннан ертерек дамуы мүмкін.*

Кілтті сөздер: *атипті акушерлік гемолитикалық-уремиялық синдром (аГУС), ана ауруы, ана өлімі, тромботикалық тромбоцитопениялық пурпура, жүктілік.*

Кулбаева С.Н. [1], Налибаева О.Ж.[2], Азимова.А. Д.[2], Кадирханов А.З. [2], Садвакасов С.С.[2], Саркулова И.С.[3], Абилхаир М.К. [3]

[1] АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

[2] Областной перинатальный центр №1, Туркестанская область, Казахстан

[3] Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Шымкент, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКУШЕРСКИЙ АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ

Аннотация

Актуальность: *Диагностика и лечение различных вариантов тромботической микроангиопатии у беременных женщин сопряжены со значительными трудностями, поэтому желание коллег поделиться благоприятными и неблагоприятными результатами клинических случаев вполне оправдано.*

Цель исследования – *изучить особенности клинического течения акушерского атипичного гемолитико-уремического синдрома, трудности, возникающие при диагностике данного осложнения в клинических условиях.*

Материалы и методы: *В областной перинатальный центр №1 Туркестанской области (Казахстан) госпитализирована беременная женщина с таким редким заболеванием, как акушерский атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС). Описан клинический случай аГУС в послеродовом периоде многоплодной беременности у повторно беременной женщины 24 лет. Первая беременность в 2018 году закончилась без осложнений.*

Результаты: *Статья содержит анализ развития аГУС у пациентов со смертельным исходом. Больной скончался на 16-е сутки после поступления в стационар. Причина смерти: отек головного мозга. Полиорганная недостаточность.*

Заключение: *Таким образом, это исследование направлено на ознакомление как нефрологов, так и акушерок с особенностями курса акушерского аГУС, связанными с беременностью и родами, подходами и результатами диагностики и терапии. У пациентов с генетической предрасположенностью к нарушению комплементарной регуляции беременность может развиться раньше, чем традиционно наблюдалось, в сочетании с другими триггерами тромботической микроангиопатии или состояниями, которые активируют комплемент, которые сегодня называются аГУС .*

Ключевые слова: *атипичный акушерский гемолитико-уремический синдром, материнская заболеваемость, материнская смертность, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, беременность.*

Kulbayeva S.N.[1], Nalibayeva R.K. [2], Azimova D.A. [2], Kadirkhanov A.Z [2], Sadvakasov S.S.[2], Sarkulova I.S. [3], Abilkhair M.K. [3]

[1]JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

[2] Regional Perinatal Center № 1, Turkestan region, Shymkent, Kazakhstan

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

CLINICAL CASE OBSTETRIC ATYPICAL HEMOLYTIC-UREMIC SYNDROME: THE FIRST EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Abstract

Relevance: *Diagnosing and treating various variants of thrombotic microangiopathy in pregnant women presents significant difficulties, so the desire of colleagues to share the favorable and unfavorable outcomes of clinical cases is quite justified.*

The study aimed to *explore the specifics of the clinical course of obstetric atypical hemolytic-uremic syndrome and the difficulties that arise when diagnosing this complication.*

Materials and methods: *A pregnant woman with a rare atypical obstetric hemolytic-uremic syndrome (aHUS) was admitted to the Regional Perinatal Center No. 1 of the Turkestan region (Kazakhstan). The article describes the clinical case of aHUS in the postpartum period in a re-pregnant 24 years old woman with a full pregnancy. The first pregnancy of 2018 ended with delivery in the term without complications.*

Results*: The article analyses the development of aHUS in patients with a fatal outcome. The patient died on Day 16 after admission to the hospital of cerebral edema and polyorgan failure.*

Conclusion: *thus, this study aims to familiarize both nephrologists and midwives with the features, approaches, and results of the course of obstetric aHUS related to pregnancy and childbirth. In patients with a genetic predisposition to complement regulation disorders, pregnancy may develop earlier than traditionally observed aHUS in combination with other triggers of thrombotic microangiopathy or conditions activating the so-called aHUS complement.*

Keywords: *atypical obstetric hemolytic-uremic syndrome (aHUS), maternal morbidity, maternal mortality, thrombotic thrombocytopenic purpura, pregnancy.*

Кіріспе

Атипті гемолитикалық уремиялық синдром (аГУС) – микротамырлар тамырларындағы жалпы тромбозға (комплемент арқылы жүретін тромботикалық микроангиопатия) әкелетін альтернативті комплемент жолының бақыланбайтын активтенуіне негізделген генетикалық сипаттағы созылмалы жүйелі ауру [1,2,[2]]. Тромботикалық тромбоцитопениялық пурпура (ТТП) сияқты аГУС тромбоздық микроангиопатияның гетерогенді тобына жатады, осы бағытта зерттеуге қызығушылық соңғы екі онжылдықта барлық жерде артып келеді. Соңғы ереже әсіресе нефрологтар мен акушер-гинекологтар үшін өте маңызды болып көрінеді, өйткені тромбоздық микроангиопатия жүктіліктің ауыр асқынуларының – бүйректің жедел зақымдануының (АКИ) дамуының себептерінің бірі болып табылады, ол ана өлімінің жоғары деңгейін тудырады [4].

Жүктілік кезінде тромбоздық микроангиопатия сирек дамитынына қарамастан [барлық формаларының құрылымында тромбоздық микроангиопатия акушерлік тромбоздық микроангиопатия 8-18% құрайды] [4], преэклампсияның, ана мен перинаталдық өлімнің даму қаупі жоғары, әйелдегі бүйректің қолайсыз болжамы осы мәселені зерттеудің өзектілігін анықтайды. Жүктілік кезінде тромбоздық микроангиопатия сирек дамитынына қарамастан [барлық формаларының құрылымында тромбоздық микроангиопатия акушерлік тромбоздық микроангиопатия 8-18% құрайды] [4], преэклампсияның, ана мен перинаталдық өлімнің даму қаупі жоғары әйелдердегі бүйрек ауруларының қолайсыз болжамы осы мәселені зерттеудің өзектілігін анықтайды..

Жүкті әйелдердегі тромбоздық микроангиопатияның әртүрлі нұсқаларын диагностикалау және емдеу айтарлықтай қиындықтар туғызады, сондықтан әріптестердің әрбір клиникалық жағдайда өз тәжірибесін қолайлы [5] және қолайсыз [6] нәтижелерімен бөлісуге деген ұмтылысы әбден түсінікті.

Тромботикалық микроангиопатияның ішінде аГУС диагностикасы, емі және болжамы жағынан ең қиын ауру болып табылады [6]. Бұл комплемент жүйесінің реттеуші ақуыздарындағы генетикалық бұзылуларға байланысты. Осыған байланысты, преэклампсия мен HELLP синдромынан айырмашылығы, босану симптомдардың регрессиясына әкелмейді, керісінше, көп мүшелік жеткіліксіздіктің тез дамуымен жүретін микроангиопатиялық процестің прогрессиясы байқалады. Қазіргі уақытта преэклампсия мен HELLP синдромының жүктілік кезінде шамадан тыс, басқарылмайтын сипатқа ие болуы мүмкін комплементті белсендірудің балама жолының генетикалық анықталған дисрегуляциясымен байланысы күмән тудырмайды, бұл ауыр преэклампсияның ерте дамуына ықпал етуі мүмкін, содан кейін аГУС-ға айналады. Ауырлататын жағдай комплемент жүйесіндегі бұл генетикалық бұзылулар бірінші рет дәл жүктілік немесе босану кезінде пайда болады, бұл шектеулі уақыт ішінде диагностикалауды және емдеу тактикасын таңдауды қажет етеді. Бұл біздің клиникалық жағдайымызбен расталады.

Зерттеу мақсаты – акушерлік атипті гемолитикалық-уремиялық синдромының клиникалық ағымның ерекшеліктерін, осы асқынуды диагностикалау кезінде туындаған қиындықтарын клиникалық жағдайда зерттеу.

Материалдары мен әдістері: Түркістан облысы №1 облыстық перинаталдық орталыққа акушерлік аГУС сияқты сирек аурумен жүкті әйел жатқызылды. Клиникалық жағдайды мысал

ретінде пациентті жүргізу барысындағы әр кезеңінде бақылап, диагностика мен емдеу нәтижелерін баяндаймыз.

Біз өліммен аяқталған науқастарда аГУС дамуының клиникалық бақылауларын ұсынамыз. Сонымен қатар аГУС-ның диагностикасы мен емі бойынша әдебиеттерден алынған деректер қарастырылады.

Төменде клиникалық жағдайдың сипаттамасы берілген.

Пациент деректері: Қайта жүкті, көп туылған 24 жаста, толық жүктілікпен. 2018 жылғы бірінші жүктілік мерзімінде асқынусыз босанумен аяқталды.Бұл екінші жүктілік қалыпты анемия, төменгі аяқтың варикозды кеңеюі және созылмалы пиелонефрит фонында өтті. «Жүктілік ²7 апта. Гестациялық гипертензия. Созылмалы тубулоинтерстициалды нефриттің өршуі. Варикозды тамырлар» диагнозымен ауруханада ем алған. Зертханалық сараптама бойынша – ауытқулар жоқ.

Клиникалық деректер: Кезекті қабылдауда АҚ 140/90 мм сын.бағ., протеинурия 0,825 г/л, №1 облыстық перинаталдық орталыққа жатқызылды.

Диагностика: Жүктілік ²9 апталық диагнозымен №1 Облыстық перинаталды орталықтың анестезиология және реанимотология бөлімшесіге госпитализацияланған. Ауыр преэклампсия. Созылмалы пиелонефрит, ремиссия. Варикозды ауру. АҚ 150/100-160/110 мм с.б.б., протеинурия – 4,29 г/л.

Емдеу: Бір күннен кейін простагландиндермен босануды индукциялау басталды. Бауыр ферменттері және азот қалдықтары қалыпты, ЖҚА қалыпты .Осы күні сағат 2²:25-те индукцияланған босанумен салмағы ²²00 г, бойы 50 см, Апгар шкаласымен 8 және 9 балл,ұл бала дүниеге келді. Қан жоғалту ²00 мл.

Босанғаннан кейінгі бірінші күннің соңына қарай 18:00 жағдайының нашарлауы ²9,7 С-қа дейін гипертермиямен, АҚ-1²0/90 мм, пульс-110 рет/мин, тыныс алуы 22-25 рет/мин, қалтырау, тер ағып кетумен қатар жүрді. Бүйректі ұрғылау симптом екі жақта да оң. Зәр анализінде ²+++ бактериялары анықталды.

Диагнозы: Созылмалы пиелонефриттің өршуі. Антибактериалды терапия Цефазолин + Метрогил тағайындалды.

Анализдерде гипопротеинемия – 4²,0 г/л; гипоальбуминемия - 25,1 г/л; бауыр ферменттері мен азотты қалдықтар қалыпты, LDH – 402,7 Ед/л; СРП - 2²,0 мг/л; қалыпты диапазондағы KLA; лейкоформуланың солға ығысуы.

Бір тәуліктен соң түнгі сағат 22:²0-да босанғаннан кейін шок құбылыстарына байланысты жағдайы күрт нашарлаған. Босанушыны эпигастрий аймағындағы қатты ауру сезімі, психомоторлы қозу, терінің бозаруы, акроцианоз, гемодинамикалық көрсеткіштердің тұрақсыздығы (ЖСЖ-140 соққы/мин, гипотензия АҚ-72/²5 мм с.б.б., НПВ - 25-27 п.б.) мазалайды. минут, қанықтығы - 98%.)160/л дейін тромбоцитопения байқалады. Шокка қарсы шаралар жүргізілді.IVL-ге ауыстырылды. Вазопрессорлар (норепинефрин 1 мкг/кг/сағ және добутамин 20 мкг/кг/сағ) тағайындалып дозаторға қосылды. Анурия.

Негізгі штаттан тыс мамандарды тарта отырып, консилиум жүргізілді. Диагноз: Мерзімдегі индукциялық босану. Ауыр преэклампсия. Созылмалы тубулоинтерстициалды нефриттің өршуі. Септикалық шок? Цефазолинге аллергиялық реакция? Варикозды ауру.

Динамикасында гемоглобиннің төмендеуі 62г/л, геморрагиялық синдромсыз, тромбоцитопения 59 мыңға дейін және гипокоагуляция ПТИ-28сек -57%, гипофибриногенемия-1,², ТВ-²9сек. АРТТ-75сек. INR-1,97. Өткізілген гемоплазмотрансфузия, тромбомасса құю. Гемоплазмотрансфузия, тромбомасса трансфузиясы жүргізілді.

Динамикадағы зертханалық зерттеулер – Нв-107-62-56-97-101г/л, тромбоциттер- 174-42-²8-67*10*9, Лейкоциттер -9,9-9,5-14,4-25,1 10*9

Жалпы Bi 7,8-7²-7²,4-257 мкмоль/л, ALT 14,4-299-588,4-750 ХБ/л, АСТ ²1,2-²76-721,²-951 ХБ/л, мочевина ²,7 -7 ммоль/л, креатинин-12,7 мкмоль/л / л, LDH 2281,²-4067 U / л. CRP 46-40 мг/л. Бүйрек алмастыру терапиясын бастады

Бейнеконференция байланыс режимінде Нұр-Сұлтан қаласындағы Қалалық көпсалалы ауруханаными Акушериядағы қауіпті жағдайлар орталығы мамандарынан кеңес алынды. Диагнозы: Жүктілік ²9 апта. Ауыр преэклампсия. HELLP синдромы. Созылмалы пиелонефриттің өршуі. Септикалық шок? Цефазолинге аллергиялық реакция? Варикозды ауру.

Ауыр преэклампсия, HELLP синдромы фонында шок пайда болды. Бұл септикалық шок болуы мүмкін, бірақ антибиотикке аллергиялық реакцияны жоққа шығаруға болмайды. Септикалық шоктың табиғатында зәр шығару жолдарының инфекциясы (созылмалы пиелонефриттің өршуімен) ықтималдығы жоғары. Бауырдың субкапсулалық гематомаларын болдырмау, гемодиализді фильтрациялау режимін түзету үшін іш қуысының ультрадыбыстық зерттеуі ұсынылды.

Гемоглобиннің төмендеуі, тромбоцитопения, гипокоагуляция «Геморрагиялық шок» мүмкіндігін көрсетеді, бірақ қан кетудің көрінетін көзі жоқ, субкапсулалық гематоманың ультрадыбыстық деректері жоқ. Аспаптық тексеру бойынша патология жоқ.

Болашақта босанушы өкпенің ұзартылған жасанды вентиляциясында болды, көп мүшелер жеткіліксіздігі үшін қарқынды терапия, гемодиофильтрация сеанстары, гемоплазма құю, тромб массасын және криопреципитат құю жүргізілді.Әрі қарай перзентханада өкпенің жасанды вентиляциясы, көп ағзалы жеткіліксіздіктің қарқынды терапиясы, гемодиафильтрация, гемо-плазмалық трансфузия, тромбомасса және криопреципитат трансфузиясы жүргізілуімен жалғасты.

Үш күннен кейін ол облыстық клиникалық ауруханаға ауыстырылды. Аспаптық тексеруде айтарлықтай патология анықталмады. Зертханалық жағдайда анемия, тромбоцитопения, лейкоциттердің 40 000-ға дейін артуы, бауыр ферменттерінің, азотты қалдықтардың және лактатдегидрогеназаның жоғары деңгейі, геморрагиялық синдромсыз коагулопатия сақталды. Қан кету белгілерінсіз гемоглобин мен тромбоциттердің күрт төмендеуі эпизодтары байқалды, гемоплазмотрансфузия, тромб массасы мен криопреципитат инфузиясы, бүйректі алмастыру терапиясы жүргізілді.

Нұр-Сұлтан қаласындағы Қалалық көпсалалы аурухананың Акушериядағы қауіпті жағдайлар орталығы мамандарынан бірнеше рет кеңес алды. Туылғаннан кейін 14-ші күні консилиум өткізілді,диагноз: Ауыр Преэклампсия. аГУС. Анурия сатысында бүйректің жедел зақымдануы. Аралас генезді энцефалопатия. Мидың ісінуі. Көп органның жеткіліксіздігі.

15-ші күні: ADAMST-1[2] бойынша талдаулар алынды.

Нәтижелер: Ауруханаға түскеннен кейін 16-шы күні науқас қайтыс болды. Өлімнен кейінгі диагноз: негізгі: (014.1) Ауыр преэклампсия.(014.2) Бәсекелес HELLP синдромы : 099.8 аГУС. Асқынуы: (099.8) Аралас генезисті энцефалопатия (дисметаболикалық, гипоксиялық, уытты). Мидың ісінуі. Анурия кезеңіндегі бүйректің жедел зақымдануы.

Фон: босанғаннан кейінгі кезең 15 күн. Анемияның орта дәрежесі. Өлімнің себебі: мидың ісінуі. Көп органның жеткіліксіздігі.

Талқылау: Зерттеушілердің әдебиет деректеріне сәйкес, «акушерлік» атипті гемолитикалық уремиялық синдромның клиникалық көріністерінің және ағымының ерекшелігі босанғаннан кейінгі кезеңде пайда болды, бұл біздің жағдаймен де расталды. Тромботикалық микроангиопатияның тән клиникалық-зертханалық көрінісі аурудың басталуында бүйректің

басым зақымдануынан, микроангиопатиялық гемолитикалық анемияның және тромбоцитопенияның дамуынан тұрады, бұл біздің жағдайда да көрінді.

Бірақ аГУС-ды түпкілікті диагностикалау үшін диагнозды тексеру үшін ADAMTS-1² ферментінің мазмұнына зерттеу жүргізу қажет болды. ADAMTS-1² деңгейінің төмендеуі белсенді микротромбозды көрсетеді [10]. Қан плазмасындағы ADAMTS-1² металлопротеиназасының белсенділігі сау донорлардың плазма үлгілерін араластыру арқылы алынған бақылау плазмасындағы ADAMTS-1² белсенділік деңгейінен 22% құрады.

Бұл белгілерді динамикада анықтау осы науқаста аГУС-ды анықтауға мүмкіндік береді. Плазма алмастыру терапиясы босанғаннан кейін 2-ші күні басталды, бұл гемолиз ауырлығының біршама төмендеуіне әкелсе де, күтілетін нәтиже бермеді. Әдеби деректерге сәйкес, бұл жағдайда комплементтерді блоктайтын Экулизумаб препаратымен мақсатты терапияны тағайындау қажет, өкінішке орай, бізде Қазақстанда жоқ. Соңғысы комплементтің С5 компонентіне жоғары жақындығы бар гликозилденген гуманизацияланған моноклоналды антидене-каппа-иммуноглобулин болып табылады. Соңғысымен байланысу арқылы экулизумаб комплементтің одан әрі белсендірілуіне жол бермейді, оның деструктивті әрекетін тоқтатады.

Көптеген авторлардың пікірінше, бұл аурудың ұзақ мерзімді нәтижелері көбінесе бүйрек қызметін толық қалпына келтірмейді және бүйрек алмастыру терапиясының келесі сеанстарын қажет етеді [7, 8]. Сондай-ақ, осы авторлардың кейінгі бақылауы толық гематологиялық ремиссияға, аГУС-ға және жүргізіліп жатқан нефропротекторлық терапияға қарамастан, науқаста бүйрек жеткіліксіздігінің белгілері сақталатынын көрсетті. Созылмалы бүйрек ауруы дамыды. Нефросклероз (бүйректердің кішіреюі) дамиды, бұл бүйрек жеткіліксіздігінің терминалдық деңгейге дейін өршуі және пациенттің одан әрі бүйрек алмастыру терапиясына шығуы тұрғысынан қолайсыз болжамды анықтайды.

Өкінішке орай, акушерлік аГУС кезінде жаңа ластанған плазманы емдеудің тиімділігі 5% аспайды, бұл, шамасы, акушерлік тәжірибеде қолданудан қорқу салдарынан экстракорпоральды терапиядағы көлемдердің жеткіліксіздігіне байланысты. Төмен молекулалық салмақты гепаринмен үйлесімде адекватты көлемде экстракорпоральды терапияны және жаңа мұздатылған плазманы жылдам бастау арқылы уақтылы диагностика жүктілік кезінде дамыған көптеген мүшелердің ауыр патологиясын тоқтатуға мүмкіндік береді [9]. Біздің зерттеу нәтижелерімізде белгілі бір шектеулер бар. Бұл, ең алдымен, комплемент жүйесінің гендеріндегі мутацияларды анықтауға және кейбір жағдайларда аГУС диагнозын растауға мүмкіндік беретін пациенттердің

генетикалық сараптамасының болмауы. Осы жағдайды сипаттай отырып, біз осы патологияның сәтті нәтижесі үшін ADAMTS-1[2] деңгейін анықтау, сондай-ақ экулизумабты блоктайтын препаратпен мақсатты комплемент терапиясын анықтау қажет екеніне назар аударғымыз келеді.

Қорытынды: Осылайша, бұл зерттеу нефрологтарды да, акушерлерді де жүктілік пен босануға байланысты акушерлік аГУС курсының ерекшеліктерімен, диагностикасы мен терапиясының тәсілдерімен және нәтижелерімен таныстыруға бағытталған. Комплементтік реттеудің бұзылуына генетикалық бейімділігі бар емделушілерде жүктілік тромбоздық микроангиопатияның басқа триггерлерімен немесе бүгінгі күні олар деп аталатын комплементті белсендіретін жағдайлармен үйлесімде аГУС дәстүрлі байқалғаннан ертерек дамуы мүмкін [10].

Жалпы алғанда, аГУС акушерлік нұсқасының ағымы осы ауруға тән болғаннан гөрі ауыр болып көрінеді. Жүктілік пен босанумен байланысты аГУС-тың айрықша ерекшелігі-микроангиопатиялық процестің тез жалпылануына байланысты көптеген органдардың жеткіліксіздігінің жоғары жиілігі. Дамуының алдында тромбоздық микроангиопатия преэклампсия және/немесе HELLP синдромы клиникасы болған жағдайда, көбінесе жүктіліктің басқа асқынуларымен (мысалы, қан кету) немесе босану процесімен, сондай-ақ жедел хирургиялық босанумен бірге, жүктілік аяқталғаннан кейін босанған әйел жағдайында күтілетін оң динамиканың болмауы аГУС диагнозының пайдасын көрсетуі мүмкін. Егер жүктілікке және босануға байланысты аГУС диагнозы тән клиникалық және зертханалық көрініске қарамастан уақытында тексерілмесе тромбоздық микроангиопатия, бұл тиісті терапияның болмауына әкеліп соқтырды және пациент кеш кезеңдеріне жетті, созылмалы бүйрек ауруы нәтижесінде бүйректің жедел зақымдануы, нефрологиялық болжамды анықтау және одан әрі терапевтік тактиканы таңдау үшін бүйрек биопсиясын жүргізу қажет[10]. аГУС уақтылы диагностикасы және патогенетикалық терапияның кешіктірілген басталуы, ең алдымен, акушерлік мәселелерде практикалық дәрігерлердің білімінің болмауына байланысты тромботикалық микроангиопатия, пациенттердің шамамен [2]0% - у өлімге әкеледі. Алайда, көптеген жағдайларда, көптеген зерттеулерде, плазма мен экулизумабты уақтылы тағайындауға қарамастан, пациенттердің жай-күйі жақсарған жоқ, бұл одан да сақтықты және аГУС-ты дамыту тетіктерінде, диагностикада және емдеуде білімді тереңдетуді талап етеді [11].

Әдебиеттер тізімі:

1. Tsai H. M. A mechanistic approach to the diagnosis and management of atypical hemolytic uremic syndrome //Transfusion Medicine Reviews. – 2014. – Т. 28. – №. 4. – С. 187-197.. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887796²14000704

2. Fakhouri F, Frémeaux-Bacchi V. Does hemolytic uremic syndrome differ from thrombotic thrombocytopenic purpura? Nat Clin Pract Nephrol. 2007 Dec;²(12):679-87. doi: 10.10²8/ncpneph0670. PMID: 180²²227. https://www.nature.com/articles/ncpneph0670

². Noris M, Bresin E, Mele C, et al. Genetic Atypical Hemolytic-Uremic Syndrome. 2007 Nov 16 [Updated 2021 Sep 2²]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 199²-202². https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1²67/

4. Fakhouri F., Vercel C., Frémeaux-Bacchi V. Obstetric nephrology: AKI and thrombotic microangiopathies in pregnancy //Clinical journal of the American Society of Nephrology. – 2012. – Т. 7. – №. 12. – С. 2100-2106.. https://journals.lww.com/cjasn/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=12000&article=00026&type=Fulltext

5. Cravero R. R. et al. Efficacia di eculizumab in un caso di SEU atipica associata alla gravidanza //G Ital Nefrol. – 2016. – Т. ²². – №. 4. – С. 1724-5590.https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/²/pdf/GIN_A²²V4_00244_14.pdf

6. Zharkin N. A. et al. Atypical Hemolytic Uremic Syndrome During Pregnancy: Short Review and Case Report with a Favorable Outcome //Obstetrics and Gynecology Research. – 2018. – Т. 1. – №. 2. – С. 21-27 (ISSN 2224-6150) 2016 ж.; 6 (5): 542. ID: 2016-05-8-T-6680 (орыс тілінде) https://www.fortuneonline.org/articles/atypical-hemolytic-uremic-syndrome-during-pregnancy-short-review-and-case-report-with-a-favorable-outcome.html

7. Зефирова Т.П., Мальцева Л.И., Замалеева Р.С., Железова М.Е., Чистякова Н.Ю. Синдром тромботической микроангиопатии при жизнеугрожающих осложнениях беременности и родов у женщин // ПМ. 2017. №7 (108).https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-tromboticheskoy-mikroangiopatii-pri-zhizneugrozhayuschih-oslozhneniyah-beremennosti-i-rodov-u-zhenschin

8. Scully M. Thrombotic thrombocytopenic purpura and atypical hemolytic uremic syndrome microangiopathy in pregnancy //Seminars in thrombosis and hemostasis. – Thieme Medical Publishers, 2016. – Т. 42. – №. 07. – С. 774-779. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-00²6-158768²

9. Naqvi R. Hemolytic Uremic syndrome associated with pregnancy: Outcome from acute Kidney Injury //Pakistan Journal of Medical Sciences. – 2020. – Т. ²6. – №. 6. – С. 115². https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7500999/

10. Douglas B. Cines, Lisa D. Levine; Thrombocytopenia in pregnancy. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2017; 2017 (1): 144–151. doi: https://doi.org/10.1182/asheducation-2017.1.144

11. Козловская Н. Л. и др. Акушерский атипичный гемолитико-уремический синдром: первый российский опыт диагностики и лечения //Нефрология. – 2016. – Т. 20. – №. 2. – С. 68-80. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/akusherskiy-atipichnyy-gemolitiko-uremicheskiy-sindrom-pervyy-rossiyskiy-opyt-diagnostiki-i-lecheniya

ӘОЖ 618.16-002.153

Саркуова И.С.,Бархыбаева Н.А.,Талғат И.

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

ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗ

Аннотация

Вульвовагинальды кандидозбен ауыратын науқастардың санының кеңеюі осы мәселені мұқият зерделеу, уақтылы және дұрыс диагноз қою және ұтымды этиотропты терапия жүргізу қажеттілігін талап етеді.Бұл урогенитальды инфекциялардың бірі. Репродуктивті жастағы әйелдердің таралуы 25-40% құрайды. Вульвовагинальды кандидоз бактериялық вагиноздан кейін екінші орында. Планетаның әйелдер халқының 2/3 - тен астамы оны өмірінде бір рет бастан өткерді. Көбінесе қайталанатын вагинальды кандидоз кездеседі. Қазіргі уақытта әлемнің көптеген елдерінде, соның ішінде Қазақтанда, акушерлік және гинекологиялық сырқаттанушылық құрылымында жетекші орын алатын қынаптық инфекциялардың өсуі байқалады.

Кілтті сөздер:*кандидоз,вагинаьды,әйел,қоздырғыштар, Torulopsis glabrata,* Saccharomyces cerevisiae

Саркуова И.С.,Бархыбаева Н.А.,Талгат И.

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

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, Torulopsis glabrata, Saccharomyces cerevisiae*

Sarkuova I.S., Barkhybayeva N.A., Talgat I.

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

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, Torulopsis glabrata, Saccharomyces cerevisiae*

Кіріспе

Әйелдердің дәрігерге қаралуының ең жиі себептерінің бірі – ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар тудыратын жыныс мүшелерінің зақымдануы - вульвовагинальды кандидоз [1].Қазіргі уақытта жыныстық қатынаспен өмір сүретін 30 жасқа дейін әйелдердің жартысынан көбіне кем дегенде бір рет «қынаптық кандидоз» диагнозы қойылған болады [2]. Шетелдік зерттеулерге сәйкес, ұрпақты болу жасындағы әйелдердің 2/3-і осы аурудың бір эпизодын, ал 50%-ы қайталанатын эпизодты бастан кешірген [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].

Классификациясы.

- жедел вульвовагинальды кандидоз;
- қайталанатын(созылмалы) вульвовагинальды кандидоз.

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.

Вульвовагинальды кандидозда инфекциялық процесс көбінесе қынап эпителийінің беткі қабаттарында локализацияланған болады. Бұл деңгейде инфекция шырышты қабаттың терең қабаттарына енбейтін саңырауқұлақтар мен бұл мүмкіндікті тежейтін, бірақ әрекет ете алмайтын макроорганизм арасында динамикалық тепе-теңдіктің пайда болуына байланысты ұзақ уақыт сақталуы мүмкін, бірақ патогенді толығымен жоя алмайды. Бұл тепе-теңдіктің өзгеруі аурудың өршуіне немесе қалпына келуге немесе ремиссияға әкеледі [2,7,12].

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 pH 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 споларының 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]. Вульвовагиналды кандидозды емдеу осы уақытқа дейін акушерлік және гинекологиядағы маңызды мәселелердің бірі болып қала береді. Ұзақ уақыт бойы кандидозды вульвовагинитпен ауыратын науқастарды емдеуде вагинальды кремдер мен суппозиторийлер қолданылды. Алайда, мұндай емдеудің маңызды кемшіліктері оның ұзақтығы (7 күнге дейін) және науқастарға төзуге тура келетін қолайсыздықтарда болып табылады (препараттың қынаптан ағуы, кешкі инъекция қажеттілігі, қынаптағы жағымсыз сезімдер). Мұның бәрі көбінесе емдеу режимін сақтамауға және аурудың қайталануына әкеледі. Сондықтан вульвовагинальды кандидозды емдеудегі жаңа сөз жергілікті саңырауқұлақтарға қарсы агенттердің пайда болуы болды, олардың бір рет қолданылуы аурудан құтылуға көмектесті.

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]

Саңырауқұлаққа қарсы терапияны жоспарлау кезінде препараттың қоздырғышқа (фунгистатикалық немесе фунгицидтік), сондай-ақ макроорганизмге (иммундық жүйенің күйі де, осы затқа жеке сезімталдық та ескеріледі) әсеріне ерекше назар аудару қажет.

Вульвовагинальды кандидоз емдеу үшін қолданылатын дәрілік заттар мынадай талаптарға сай болуы тиіс:

- кең ауқымды әсерге ие;
- селективті саңырауқұлаққа қарсы (фунгицидтік немесе фунгистатикалық) әсерге ие болыңыз;
- қоздырғыштарда төзімділіктің дамуының ең аз жиілігі болуы;
- басқа фармакологиялық топтардың препараттарымен жақсы үйлеседі;
- ұзақ уақыт қолданған жағдайда да жағымсыз әсер бермейді;
- тұрақты әсер көрсетеді және асқазан-ішек жолына жақсы сіңеді;
- ұзақ әсерлі;
- бағасының қолжетімді болуы.

Кандидозды вульвовагинитті емдеудің ең заманауи әдісі-жергілікті саңырауқұлақтарға қарсы препараттарды қолдану. Вульвовагинальды кандидоз емдеуге арналған препараттар келесі топтарға бөлінеді:

- Полиен қатарындағы препараттар (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
- имидазол қатарындағы препараттар (клотримазол, кетоконазол, миконазол, кетоконазол);
- триазол қатарындағы препараттар (флуконазол, итраконазол);
- комбинирленген препараттар (полигинакс, клион Д, пимафукорт, тержинан, макмирор кешені).

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 таңдай 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.

Пайдаланылған 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. Пестрикова Т. Ю., Юрасова Е. А., Котельникова А. В. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему //РМЖ. Мать и дитя. – 2017. – №. 26. – С. 1965-1970

6. Прилепская В. Н. Вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и лечения (в помощь практикующему врачу) //Фарматека. – 2010. – №. 14. – С. 54-59.

7. Прилепская В. Н., Байрамова Г. Р. Вульвовагинальный кандидоз в практике акушера-гинеколога //Гинекология. – 2004. – Т. 6. – №. 2. – С. 59-60.

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 616-01

Бекназарова З.А.[1], Абдужаппарова Х.Ш. [1], Жумадилова А.Р. [2]

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

[2] АҚ «ОҚМА», Шымкент қ., Қазақстан

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕ ТӘУЛІКТІК ҚАН ҚЫСЫМЫН БАҚЫЛАУДЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Аннотация

Артериялық қысымның (АҚ) жоғары өзгергіштігіне байланысты жас адамдарда артериялық гипертензияны диартериялық гипертензия диагностикалау үшін оның тәуліктік мониторингі (ТМАҚ/СМАД) әдісі ерекше маңызға ие. Материалдар мен тәсілдер. 18 бен 40 жас аралығындағы (орташа жасы 35,4 ± 0,45 жас) гипертониялық ауруы бар, бұрын гипертензияға қарсы ем қабылдамаған 32 әйелді зерттелді. Орташа систолалық қан қысымы (систолалық артериялық қысым) 157,2 ± 5,6 мм сын.баг., диастолалық қан қысымы (диастолалық артериялық қысым) 94 ± 3,8 мм сын.баг., гипертонияның ұзақтығы 6 айдан 8 жылға дейін (орта есеппен 4,8 ± 0,6 жыл) болды. Қан қысымын күнделікті бақылау «әдеттегі жұмыс күні» режимінде жүргізілді. Нәтижелер. Қан қысымының тәуліктік профилінің болжамды қолайсыз сандық және сапалық сипаттамаларының жоғары таралуы анықталды: систолалық және диастолалық қан қысымының орташа көрсеткіштерінің жоғарылауы; түнгі уақытта қан

қысымының жеткіліксіз төмендеуімен және көбінесе түнгі уақытта систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым жүктемесінің жоғарылауымен тәуліктік қисықтардың патологиялық түрлерінің басым болуы; күндіз систолалық артериялық қысым-тың жоғары өзгергіштігі; импульстік қан қысымының болжамды жоғарылауы және сандық жоғарылауы; систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым таңертеңгі көтерілудің жоғары жылдамдығы.

Кілт сөздер: *қан қысымын , бақылау, артериялық гипертензия, әйелдер, орташа көрсеткіш*

Бекназарова З.А. [1], Абдужаппарова Х.Ш.[1], Жумадилова А.Р.[2]

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

[2] АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аннотация

Из-за высокой изменчивости артериального давления (АД) для диартериялық гипертензия ностики артериальной гипертензии (артериялық гипертензия) у молодых людей особое значение имеет метод ее суточного мониторинга (Смак/СМАД). Материалы и приемы. Обследовано 32 женщины в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 35,4 ± 0,45 года) с гипертонической болезнью, ранее не получавшие антигипертензивного лечения. Среднее систолическое артериальное давление (САР) 157,2 ± 5,6 мм рт.гр., диастолическое артериальное давление (пятно) 94 ± 3,8 мм рт.гр., продолжительность гипертонии составляла от 6 месяцев до 8 лет (в среднем 4,8 ± 0,6 года). Ежедневный мониторинг артериального давления проводился в режиме "обычный рабочий день". Результаты. Выявлена высокая распространенность прогностически неблартериялық гипертензия оприятных количественных и качественных характеристик суточного профиля артериального давления: повышение средних показателей систолического и диастолического артериального давления; преобладание патологических форм суточных кривых при недостаточном снижении артериального давления в ночное время и, чаще, в ночное время при повышенной осторожной и пятнистой нартериялық

гипертензия рузке; высокая вариабельность САР в дневное время; прогнозируемое повышение и количественное повышение пульсового артериального давления; Высокая скорость осторожного и пятнистого утреннего подъема.

Ключевые слова: *артериальное давление, контроль, артериальная гипертензия, женщины, средний показатель*

Beknazarova Z.A.[1], Abduzhapparova H.Sh. [1], Zhumadilova A.R.[2]

[1] International Kazakh-Turkish University after named Kh. A. Yassawi, Shymkent, Kazakhstan

[2] JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF MONITORING DAILY BLOOD PRESSURE IN YOUNG WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Annatation

Of particular importance for the diagnosis of arterial hypertension (AH) in young due to the high variability of blood pressure (BP) is a method for its daily monitoring (ABPM). The aim of the work was to study the circadian lood pressure profile in young women up to 40 years with hypertension. Materials and Methods. The study included 32 women aged 18 to 40 years (mean age 35,4 ± 0,45 years) with hypertension, without prior antihypertensive therapy. The average systolic blood pressure (SBP) 157,2 ± 5,6 mm Hg. Art., diastolic blood pressure (DBP) of 94 ± 3,8 mm Hg. Art., the duration of hypertension ranged from 6 months to 8 years (mean 4,8 ± 0,6 years). BP monitoring were carried out in a «typical working day». Results. A high prevalence of adverse prognostic quantitative and qualitative characteristics of circadian BP profile: increase average in both systolic and diastolic blood pressure; the prevalence of pathological types of diurnal curves with low blood pressure reduction at night and increased load SBP and DBP mainly at night; high variability of SBP day; presumably higher and higher numbers pulse pressure; high speed of morning rise in SBP and DBP.

Key words: *blood pressure , control, arterial hypertension, women, average*

Маңыздылығы:АҚ профилактикасы мен емі ағзаның зақымдану кезеңінде емес, аурудың дамуының алғашқы кезеңдерінде тиімдірек екендігі жалпыға белгілі. Алайда, АҚ қалыптасу кезеңіндегі клиникалық көріністердің спецификасы және жас жастағы адамдардың

психологиялық ерекшеліктері АҚ-ны уақтылы диартериялық гипертензия ностикалау үшін кеңес АҚ-ны бірнеше рет өлшеу пациенттердің осы жас санатында көбінесе тиімді емес екендігіне әкеледі, бұл ТМАҚ/СМАД әдісін қолдану қажеттілігін өзектендіреді. Қан қысымының ауытқуының тәуліктік (циркадиялық) ырғағын бағалау ТМАҚ/СМАД маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. ТМАҚ/СМАД жұмыс және ұйқы кезінде қан қысымының айырмашылығын бағалауға мүмкіндік беретін жалғыз инвазивті емес әдіс. Күндізгі қан қысымының динамикасы сау адамдарда да, гипертониямен ауыратын науқастарда да белгіл бір заңдылықтарға ие. Ең жоғары деңгей таңертеңгі сағаттарда (6-дан 12-ге дейін) байқалады, екінші,онша айқын емес, кешкі қан қысымының көтерілуі шамамен 20:00 сағатты құрайды. Қан қысымының минималды сандары 0-ден 4 сағатқа дейінгі аралықта жазылады, содан кейін оянудан шамамен 1 сағат бұрын оның біртіндеп өсуі байқалады [1, 2].

Дені сау адамдарда тұрмыстық жүктеме кезінде таңертеңгі қан қысымы, әдетте, түнгі деңгейден 15-20% - дан аспайды және күндізгі сағаттардан іс жүзінде ерекшеленбейді. Сонымен қатар, таң – бұл тромбоциттер артериялық гипертензия регациясының физиологиялық жоғарылауы, гиперкоартериялық гипертензия уляция және фибринолитикалық белсенділіктің төмендеуі анықталатын тәуліктің жалғыз кезеңі, бұл жүрек-қан тамырлары апаттарының дамуына бейімдік туғызады[3]. Дені сау адам үшін қауіпсіз бұл физиологиялық реакциялар жүрек-қан тамырлары ауруларымен ауыратын адамдар үшін өте маңызды. Гипертония диартериялық гипертензия ностикасы үшін ең маңыздысы, ең алдымен, 24 сағат ішінде ұсынылатын орташа қан қысымы мәндерінің асып кетуі, сондай-ақ ояу және ұйықтау кезеңдерінде, әсіресе таңертең ерте сағаттарда дискретті түрде бағаланатын мәндер деп саналады. [4,5].

Зерттеудің мақсаты: гипертониямен ауыратын жас әйелдердегі қан қысымының тәуліктік ерекшеліктерінің сипаттамаларын зерттеу.

Материалдар мен зерттеу тәсілдері. 1-3 дәрежелі гипертензиясы бар 22 бен 46 жас аралығындағы 32 әйел тексерілді. Систолалық артериялық қысым орташа мәндері 157,2 ± 5,6 мм сын.бағ., диастолалық артериялық қысым – 94 ± 3,8 мм сын.бағ. Гипертонияның ұзақтығы 6 айдан 8 жылға дейін (орта есеппен 3,8 ± 0,6жыл); зерттеуге қатысқан барлық әйелдер бұрын гипертензияға қарсы ем алмаған. Науқастардың 60%-да темекі шегу болды, әйелдердің 43,6%-да мазасыздықтың әртүрлі түрлері, 46,2%-да депрессия анықталды. Барлық науқастарда тұрақты етеккір циклі болды, бірақ зерттеуге қатысқан 13 әйел (40 %) ауызша контрацепцияны, ал 19

адам (60%) үш жылдан астам үздіксіз қолданған. Артық салмақ пен семіздік 16 әйелде (50%), метаболикалық жүрек-қантамыр синдромы анықталды. Зерттеуге енгізілген жас әйелдерде көмірсу алмасуының бұзылыстары болған жоқ. Күнделікті қан қысымын бақылау негізгі өлшеу әдісімен 24-26 сағат бойы «типтік жұмыс күні» режимінде жүргізілді . Өлшемдер арасындағы интервал күндіз 15 минут, түнде 30 минут болды. Зерттеу барысында барлық пациенттер жеке күнделіктерді толтырды. Күнделікте физикалық белсенділік, күн ішінде психикалық және эмоционалдық стресс, ұйықтау және тұру уақыты, сондай-ақ ұйқы сапасы көрсетілген.

Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау. Біздің зерттеуімізде жас әйелдердегі гипертония жеңіл және орташа санаттарға жатады (1-кесте)

Кесте 1. **АҚ, мм сын.баг. бар жас әйелдерде тәулігіне, ояу және ұйқы кезеңінде систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым салыстырмалы бағалау (M ± м)**

Көрсеткіш	Тіркелген мәндер	Қалыпты мәндер
Орташа тәуліктік систолалық артериялық қысым	157,2 ± 5,6	< 135
Орташа тәуліктік диастолалық артериялық қысым	94 ± 3,8	< 85
Орташа түнгі систолалық артериялық қысым	128,17 ± 1,6	< 120
Орташа түнгі диастолалық артериялық қысым	83,06 ± 1,8	< 70

Систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым сияқты зерттелетін барлық орташа көрсеткіштердің өсуі анықталып, оқшауланған систолалық АҚ (систолалық артериялық қысым) жағдайлары тіркелген жоқ. АҚ құрылымында әр түрлі зерттеулерге сәйкес, 46 жасқа дейінгі ер адамдар арасында ОСИСТОЛАЛЫҚ артериялық қысым таралуы 2-ден 17% -ға дейін айтарлықтай өзгереді. осы жас санатындағы әйелдер арасында исартериялық гипертензия туралы деректер шектеулі, бірақ оның ерлер популяциясымен салыстырғанда аз таралуын көрсетеді [6]. Сонымен қатар, "жалған систолалық артериялық гипертензия " светефеноменіндегі жастарда систолалық артериялық қысым жоғарылатудың салыстырмалы қатерсіздігі туралы мәселе белсенді талқылануда [7]. зерттелген жас әйелдердегі систолалық және диастолалық қан қысымының жоғары көрсеткіштері ықтимал жойылатын және

өзгертілмейтін жүрек-қан тамырлары қауіп факторларының жоғары таралуымен тікелей байланысты. систолалық артериялық қысым дене салмағының индексімен, бел шеңберімен, гликемиямен, жасымен байланысты болды. диастолалық артериялық қысым триглицеридемиямен тікелей корреляциялық байланыста және кері байланыста болады. Практикалық тұрғыдан алғанда, ТМАҚ/СМАД деректерін талдау кезінде күндізгі және түнгі АҚ арасындағы айырмашылықтарды бағалау – түнгі төмендеу дәрежесі (ТТД) немесе тәуліктік индекс (ТИ) үлкен қызығушылық тудырады. ТИ оңтайлы мәні 10-20 % , ТИ-де түнгі қан қысымының төмендеу дәрежесі (non-dipper) < 10 %, ТИ-де түнгі қан қысымының төмендеу дәрежесінің жоғарылауы (over-dipper немесе gipper-dipper) > 20 %, ТИ-де түнгі қан қысымының тұрақты жоғарылауы (night peaker) < 0 %. ТМАҚ/СМАД - бұл түнгі қан қысымының деңгейі және ұйқы кезінде оның төмендеу дәрежесі, сөзсіз жоғары маңызы бар сипаттамалары туралы сенімді ақпарат беретін жалғыз әдіс. Салыстырмалы түрде жақында, түнгі қан қысымының деңгейі күндізгі немесе орташа түнгі қан қысымының деңгейіне қарамастан, жүрек-қан тамырлары оқиғалары үшін жоғары болжамдық мәнге ие және осыған байланысты күндізгі қан қысымынан жоғары екендігі көрсетілді [8]. Тәуліктік индекстің өзгеру түріне қарамастан, қан қысымының циркадиялық профилі бұзылған артериялық гипертензия -мен ауыратын науқастарда сол жақ қарыншалық гипертрофияның, микроальбуминурияның, каротид артерияларының экстракраниальды бөлігінің ерте атеросклеротикалық зақымдануының, содан кейін миокард инфарктісі мен инсульттің даму қаупі жоғары екендігі белгілі [2]. Біздің зерттеу нәтижелері бойынша пациенттердің мынадай санаттары анықталды: dipper-4 адам (12,5 %),non – dipper-18 әйел (56,25 %), gipper – dipper – 7 адам (21,9 %), night peaker-3 әйел (9,3 %). Осылайша, гипертониямен ауыратын жас әйелдердің көпшілігінде артериялық қысымның тәуліктік сипаттамаларының болжамды қолайсыз нұсқасы болды, бұл вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық бөлімінің жұмыс істеуінің екі фазалы ырғағының бұзылуын көрсетеді. Non-dipper типті пациенттердің басым болуымен ұқсас сурет инсулинге төзімділікпен және семіздіктің андроидтық түрімен байланысты метаболикалық бұзылулар кешеніне тән, ол әдебиетте кеңінен көрініс тапты [9] және инсулин-глюкоза гомеостазының бұзылыстарын белсенді іздеу тұрғысынан практикалық дәрігер үшін өзіндік маркер болуы керек. Зерттеуге қатысқан жас әйелдердің жартысынан көбі нон-диппер екенін ескере отырып, түнгі АҚ-ға мақсатты әсер ету үшін түнде гипертензияға қарсы препараттарды тағайындау қажеттілігін қарастыру қажет. Артериялық қысымның жоғарылауы жазылған уақытты анықтау үшін «қысым жүктемесі»

индикаторы (уақыт индексі) пайдаланылады. Жастардағы оның патологиялық құндылықтары көбінесе аурудың бастапқы кезеңдерінде жасырын сипатқа ие депрессиялық жүйелердің функционалдық резервтерінің біртіндеп сарқылуымен байланысты, бұл физикалық және психикалық әсерге қан қысымының жеткіліксіз реакциясымен көрінеді. Ол реакцияға эмоционалды күйзеліс, оның ішінде «стресс-индукциялық» гипертензияны қарастыруға болады [9]. ТМАҚ/СМАД біріктіріп қолдану және артериялық қысымның өзін-өзі тіркеуі емдеу тиімділігін диартериялық гипертензия ностикалау және бағалау кезеңдерінде қан қысымының фенотипі туралы түсінікті айтарлықтай кеңейтеді, әсіресе клиникалық және амбулаторлық өлшеулердің нәтижелері әртүрлі санаттарға жататын кезде. Біз зерттеген әйелдер санатында қан қысымының орташа деңгейі жоғарылаған сайын уақыт көрсеткішінің (ТИ) күндізгі уақытта да, негізінен түнде де айтарлықтай жоғарылағаны анықталды, бұл Тәуліктік ырғақтардың (ТИ) тіркелген патологиялық өзгерісі болжамдық қолайсыз факт болып табылады.

Қан қысымы, дененің барлық физиологиялық параметрлері сияқты, әртүрлі ішкі және сыртқы факторлардың әсерінен ауытқулармен сипатталады. Қан қысымының бұл ауытқулары кездейсоқ емес, бірақ пациенттің сыртқы (қоршаған орта) және мінез-құлық факторлары мен жүрек-қан тамырлары қызметінің реттеуші механизмдері арасындағы толық зерттелмеген, күрделі қатынастарды көрсетеді [10]. АҚ өзгермелілігін (ӨАҚ) бірқатар көрсеткіштер арқылы есептеуге болады. Бағалаудың ең қарапайым әдісі орташа АҚ мәнінен стандартты ауытқу (SD) болып табылады. Бұл әдістеменің кемшілігі оның өзгергіштік есептелетін уақыт кезеңіне тікелей тәуелділігі болып табылады. Өзгергіштік түсінігінің кеңейтілген түсіндірмесі, қан қысымының тәуліктік және басқа ырғақты өзгерістерін, сондай-ақ ТМАҚ/СМАД көрсеткіштерін білдіреді [3]. ӨАҚ-ге қызығушылықтың қазіргі толқыны жалпы популяцияда да, гипертензияға қарсы терапия фонында да жүрек-қан тамырлары нәтижелеріне қатысты интервизиттік өзгергіштіктің болжамдық мәні туралы деректердің жинақталуымен байланысты . Жоғары ӨҚҚ аралық соңғы нүктелермен де байланысты дамып, күндізгі уақытта әйелдердің зерттелген тобында систолалық артериялық қысым өзгергіштігі 24 әйелде (75 %), ал 4 пациентте (12,5%) диастолалық артериялық қысым жоғарылаған, түнгі уақытта ұқсас көрсеткіштер сәйкесінше 2 адамды (6,25 %) және 2 (6,25%) құрады. орташа көрсеткіштерді зерделеу кезінде күндіз систолалық артериялық қысым өзгергіштігінің жоғарылауы анықталды, ал түнде систолалық артериялық қысым өзгергіштігі, сондай-ақ күндізгі және түнгі систолалық артериялық қысым өзгергіштігі шекаралық сипатқа ие болды (кесте. 4). күндізгі уақытта өсистолалық артериялық қысым

максималды ұлғаюы (17 мм сын.бағ. дейін.ст.) орташа АҚ бар адамдарда байқалды, бұл пациенттердің күнделік жазбаларына сәйкес стресстік жағдайлармен байланысты болды. ӨАҚ шамасы мониторинг жүргізілетін күні қысым жүктемесінің ауырлығына да байланысты болды, оның ұлғаю дәрежесіне тура пропорционал өзгеріп отырды. Қан қысымының таңғы шыңының ең көп зерттелетін сипаттамасы оның таңғы сағат 4-тен 10-ға дейінгі аралықтағы ең жоғары және ең төменгі қан қысымының айырмашылығымен анықталатын мәні болып табылады. Артериялық қысымның таңертеңгі көтерілуін неғұрлым толық сипаттау үшін қан қысымының таңертеңгі өсу қарқыны бағаланды, бұл монотонды тәуліктік қан қысымы профилі бар науқастарда ерекше өзекті болып табылады (2-кесте).

Кесте 2. **Артериялық гипертензия -мен ауыратын жас әйелдердегі қан қысымының таңертеңгі көтерілуінің шамасы мен жылдамдығының сипаттамасы, (M ± м)**

Көрсеткіш	Тіркелген мәндер	Қалыпты мәндер
Таңертеңгі көтерілу шамасы СИСТОЛАЛЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМ	53,54 ± 1,77 мм сын.бағ.	< 56 мм сын.бағ.
Таңертеңгі көтерілу шамасы ДИАСТОЛАЛЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМ	37,83 ± 1,06 мм сын.бағ.	< 30–36 мм сын.бағ.
Таңертеңгі көтерілу жылдамдығы СИСТОЛАЛЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМ	16,48 ± 0,85 мм сын.бағ./сағ	< 10 мм сын.бағ./сағ
Таңертеңгі көтерілу жылдамдығы ДИАСТОЛАЛЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМ	13,38 ± 0,62 мм сын.бағ./сағ	< 6 мм сын.бағ./сағ

Систолалық артериялық қысым таңертеңгі көтерілуінің қалыпты мөлшеріне және диастолалық артериялық қысым шекаралық мәндеріне қарамастан, систолалық артериялық қысым үшін де, негізінен диастолалық артериялық қысым үшін де таңертеңгі көтерілу жылдамдығының айтарлықтай өсуі тіркелді. Қан қысымының ішкі сипаттамаларын егжей-тегжейлі талдау кезінде non-dipper және night peaker пациенттерінде қан қысымының таңертеңгі көтерілуінің қалыпты мөлшерде, бірақ қан қысымы сандарының өсу қарқыны жоғары екендігі анықталды. Осылайша, АҚ-мен ауыратын жас әйелдерде абсолютті көрсеткіш бола отырып, қан қысымының таңертеңгі көтерілу мөлшері аз ақпарат болуы мүмкін және қан қысымының өзгеру жылдамдығымен кешенді түрде бағалануы керек. Жоғары импульстік АҚ (≥60 мм сын. бағ.)

артериялық гипертензия бар егде жастағы науқастарда бүгінде нысаналы органдардың зақымдалуына жатқызылады [9,10]. Алайда, жас топта да, шамасы, мұндай сипаттама жүрек-қан тамырлары асқынуларының қаупінің жоғарылауын және мақсатты органдардың зақымдануының тез дамуын көрсетеді. Дегенмен, бұл болжам жас кезінде осы параметрдің болжамдық маңыздылығын нақтылау үшін қосымша зерттеулерді қажет етеді. Біз зерттеген әйелдерде орташа тәуліктік импульстік қан қысымы 67,4%-да 46-53 мм сын.бағ 32,6%-да, 53 мм сын.бағ жоғары шекті деңгейде болды. Осылайша, әйелдердің 100% импульстік қан қысымының қалыпты мәндеріне ие болмады және оның жоғарылауы ояну, ұйқы кезінде және жалпы 24 сағат ішінде тіркелді.

Қорытынды

Британдық гипертензия қоғамының жаңа нұсқауларына сәйкес, ТМАҚ/СМАД гипертензияны растау үшін клиникалық қан қысымы ≥ 140/90 мм сынап бағанасы бар барлық емделушілерге көрсетілген. Экономикалық модельдеу бұл диартериялық гипертензия ностикалық тәсілдің барлық жас топтарындағы ең төменгі шығындармен байланысты екенін көрсетті, ТМАҚ/СМАД-қа байланысты қосымша инвестиция неғұрлым мақсатты емдеуге байланысты шығындарды үнемдеу арқылы теңестіріледі . Қазірі жағдайда жас әйелдерде өмір сүру ұзақтығының жоғары болуын ескере отырып, АҚ сандарын бағалау белгілі бір уақыт аралығында систолалық артериялық қысым пен диастолалық артериялық қысым орташа мәндерін талдаумен шектелмеуі керек. артериялық гипертензия диартериялық гипертензия ностикасы үшін ғана емес, сонымен қатар оның күнделікті профилінің жеке компоненттерін анықтай отырып, қан қысымының сандық және сапалық сипаттамаларын зерттеу үшін ТМАҚ/СМАД қолдану маңызды болып көрінеді. Бұрын антигипертензивті терапия қабылдамаған гипертониядан зардап шегетін жас әйелдерде қан қысымының келесі болжамды қолайсыз белгілері анықталды:систолалық және диастолалық қан қысымының орташа мәндерінің жоғарылауы; түнде артериялық қысымның жеткіліксіз төмендеуімен және негізінен түнде систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым жүктемесінің жоғарылауымен тәуліктік қисықтардың патологиялық түрлерінің басым болуы; күндізгі уақытта систолалық артериялық қысым жоғары өзгермелілігі; пульстік қан қысымының болжамды жоғарылауы және сандық жоғарылауы; систолалық артериялық қысым және диастолалық артериялық қысым таңертеңгі жоғарылаудың жоғары жылдамдығы.

Әдебиеттер тізімі

1. Сабиров И.С., Муркамилов И.Т., Фомин В.В., Сабирова А.И., Исмарова Г.С., Юсупов Ф.А. Артериальная гипертензия в молодом возрасте: современное состояние проблемы // The Scientific Heritage. 2021. №72-2. URL:

2. Фадеенко Г.Д., Чирва О.В., Несен А.А. Артериальная гипертензия у молодых лиц по данным суточного мониторирования артериального давления // КВТиП. 2014. №S2

3. Пластун М. Ю., Зорин В. Н., Полищук Т. Ф. Особенности артериальной гипертензии у женщин молодого возраста // Крымский терапевтический журнал. 2011. №2 (17).

4. Багдулина Елена Николаевна, Цыганкова Оксана Васильевна, Федорова Елена Леонидовна, Бондарева Зоя Геннадьевна Факторы риска развития артериальной гипертензии у молодых женщин (до 40 лет) // Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-razvitiya-arterialnoy-gipertenzii-u-molodyh-zhenschin-do-40-let (дата обращения: 26.09.2023)..

5. Якусевич В. В. и др. Суточный профиль артериального давления у лиц пожилого и старческого возраста без клинически значимой кардиоваскулярной патологии //Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11. – №. 2. – С. 32-34.

6. Архипова Л.В., Гуревич М.А. Особенности патогенеза и лечения артериальной гипертензии у женщин. РМЖ. 2015;15:870 Оригинальная статья опубликована на сайте РМЖ

7. Хабибулина М. М., Шамилов М. Д. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией и измененным гормональным фоном //Врач. – 2021. – Т. 32. – №. 1. – С. 46-49.

8. Хабибулина М. М., Дмитриев А. Н., Федорова Н. Н. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией с гипоэстрогенемией с" метаболически здоровым" висцеральным ожирением //Евразийский Союз Ученых. – 2017. – №. 1-1 (34). – С. 25-29.

9. Подзолков В. И., Брагина А. Е. Эссенциальная артериальная гипертензия у женщин или женская артериальная гипертензия? //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – Т. 11. – №. 1. – С. 79-84.

ӘОЖ 613.99

Саркулова И.С.[1], Байбосын М.А. [1], Раимжанова А.У. [1], Абабакирова Д.Т. [2],

Ермолева О.А.[2]

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

[2] «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ (әдеби шолу)

Аннотация

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. Осы аурулардың пайда болуын болдырмау үшін тек жастардың ғана емес, сонымен бірге халықтың барлық топтарының репродуктивті білімі маңызды болып табылады. Сіздің денсаулығыңызға саналы көзқарасты мақсатты түрде қалыптастыру, жеке гигиена құралдарын түсіну және қолдана білу әйел денесінің дамуындағы маңызды аспект болып қала береді. Гигиеналық тәрбие балаларды, жасөспірімдерді және олардың ата — аналарын ақпараттандыру тәсілі ретінде өскелең ұрпақтың денсаулығын сақтауға қатысты мемлекеттік саясаттың элементтерінің бірі болып табылады, ол жалпы орта білім, орта және жоғары кәсіптік білім беру деңгейінде, оның ішінде медициналық бейіннің кәсіптік стандарттарына кіретін құзыреттерді дамыту жолымен білім беру бағдарламаларын іске асырумен қамтамасыз етіледі.

Кілт сөздер: *жөспірім, қыздар, гигиена, денсаулық, диагностика*

Саркулова И.С. [1], Байбосын М.А. [1], Раимжанова А.У. [1], Абабакирова Д.Т. [2], Ермолева О.А.[2]

[1] Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Шымкент, Казахстан

[2] АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНЫ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ (обзор литературы)

Аннотация

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. Репродуктивное образование не только молодых людей, но и всех слоев населения имеет важное значение для предотвращения возникновения этих заболеваний. Целенаправленное формирование осознанного отношения к своему здоровью, понимание и умение пользоваться средствами личной гигиены остаются важным аспектом в развитии женского организма. Гигиеническое воспитание как способ информирования детей, подростков и их родителей является одним из элементов государственной политики в отношении охраны здоровья подрастающего поколения, которое обеспечивается реализацией образовательных программ на уровне общего среднего образования, среднего и высшего профессионального образования, в том числе путем развития компетенций, входящих в профессиональные стандарты медицинского профиля.

Ключевые слова: *сперма,девочки, гигиена, здоровье, диагностика*

Sarkulova I.S. [1], Baybosyn M.A. [1], Raimzhanova A.U. [1],Ababakirova D.T. [2], Ermoleva O.A.[2]

[1] International Kazakh-Turkish University after named Kh. A. Yassawi, Shymkent, Kazakhstan

[2] JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

ACTUAL PROBLEMS OF HYGIENE OF ADOLESCENT GIRLS (literature review)

Annatataion

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 right 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. The purposeful formation of a conscious attitude to your health, the ability to understand and use personal hygiene products remains an important aspect in the development of the female body. Hygienic education as a way of informing children, adolescents and their parents is one of the elements of the state policy regarding the protection of the health of the younger generation, which is ensured by the implementation of educational programs at the level of general secondary education, secondary and higher professional education, including through the development of competencies included in professional standards of the medical profile.

Key words: *diaper, girls, hygiene, health, diagnosis*

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 өзгеретін 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 (PH 3,8–4,5 дейін). Мұндай PH 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.

Менархеның 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 рднқ 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 көктамырішілік 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 pH 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 экскориациялардың 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 көктамырішілік 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. Милушкина О. Ю., Сибирская Е. В., Курбанова П. Ф. Актуальные вопросы гигиены девочек и девушек-подростков (обзор литературы) //РМЖ. Мать и дитя. – 2023. – Т. 6. – №. 2. – С. 119-125.

2. Самороднова Е. А., Хабибуллина Л. Ф., Темиргереев М. З. Актуальные вопросы полового воспитания девочек-подростков //Практическая медицина. – 2012. – №. 7-1 (63). – С. 97.

3. Баласанян В. Г., Миронова А. В. Врачу о половом воспитании девочек и девушек-подростков //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2017. – №. 4-5 (75-76). – С. 78-84.

4. Кохреидзе Н. А. и др. Интимная гигиена девочки-подростка: принципы, современныевозможности и проблемы внедрения //Педиатр. – 2014. – Т. 5. – №. 3. – С. 42-45.

5. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков: учебник:[для медицинских вузов]. – ГЭОТАР-Медиа, 2013.

6. Кузгибекова А. Б. и др. Репродуктивное здоровье девочек-подростков //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №. 7. – С. 15-16.

7. ,

8. 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.

9. Кучма В. Р., 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. – №. 1. – С. 4-11.

10. Умаров Т. А., Бандаев И. С. Актуальные проблемы здоровья подростков //Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2019. – Т. 9. – №. 2 (30). – С. 215-223.

11. Коломейцев М. Г. Гигиенические основы сексуального поведения в профилактике нарушений репродуктивного здоровья у подростков //URL: http://dlib. rsl. ru/01003346567. – 2007.

12. 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.

13. 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.

14. Хузиханов Ф. В., Гатина Д. Н. Роль социально-гигиенических факторов в формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков //Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 1. – №. 5.

ӘОЖ 616.6-089-05

Муздыбаева Г.А.,Утепова Р.Я.,Мухитдинова Г.Н.

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

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Аннотация

Біздің ғылыми жұмысымызда «созылмалы бүйрек ауруы» және «созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі» ұғымдарының арақатынасы сипатталған. Репродуктивті жастағы әйелдер

арасында созылмалы бүйрек ауруының таралуы туралы мәліметтер келтірілген. Бүйрек аурулары бар әйелдерде акушерлік және перинаталдық асқынулардың жиілігі мен сипаты және жүктіліктің нәтижелері сипатталған. Созылмалы бүйрек ауруы бар әйелдерді прегравидарлы дайындау, жүктілікті басқару, босану тактикасы және босанғаннан кейінгі кезеңде бақылау ерекшеліктері қарастырылады.

Кілт сөздер: *бүйрек аурулары,жүктілік,асқыну,емі*

Муздыбаева Г.А.,Утепова Р.Я.,Мухитдинова Г.Н.
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, город Шымкент

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

Аннотация

В нашей научной работе описывается соотношение понятий «Хроническая болезнь почек» и «Хроническая почечная недостаточность». Приведены данные о распространенности хронического заболевания почек среди женщин репродуктивного возраста. Описаны частота и характер акушерских и перинатальных осложнений у женщин с заболеваниями почек и исходы беременности. Рассматриваются прегравидарная подготовка женщин с хроническим заболеванием почек, ведение беременности, тактика родов и особенности наблюдения в послеродовом периоде.

Ключевые слова: *заболевания почек, беременность, осложнения, лечение*

Utepova R.Ya.,Muzdybayeva G.A., Mukhitdinova G.N.
Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University,Shymkent city

CHRONIC KIDNEY DISEASE AND PREGNANCY

Annotation

In our scientific work, the ratio of the concepts of "chronic kidney disease" and "chronic kidney failure"is described. Data on the prevalence of chronic kidney disease among women of reproductive age are given. The frequency and nature of obstetric and perinatal complications in women with kidney diseases and the results of pregnancy are described. Features of pregravidar preparation of women

with chronic kidney disease, pregnancy management, tactics of childbirth and control in the postpartum period are considered.

Key words: *kidney disease, pregnancy, complications,treatment*

Кіріспе

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 м2 диапазонында) жалпы популяцияда кемінде 3,8% құрайды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы созылмалы бүйрек ауруын бесінші "өлтіруші ауру" деп таныды (алғашқы төртеуі-қатерлі 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 жақсарта 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-кез-келген прогрессивті бүйрек ауруының нәтижесіндегі нефрондардың біртіндеп өлуіне байланысты және бүйректің дененің ішкі ортасының қалыпты құрамын сақтай алмауымен сипатталатын клиникалық және зертханалық симптомдар кешені. Өкінішке орай, кешенді нефропротективті терапия жүргізілгеніне қарамастан, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі қайтымсыз және ерте ме, кеш пе терминалдық кезеңге өтеді [5]. Осыған

байланысты, медицинаның қазіргі даму кезеңінде созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің дамуын бәсеңдетуге және ең жақсы жағдайда бүйрек функциясын осы пациент үшін мүмкін болатын ең жоғары деңгейде (нормамен салыстырғанда төмендегенімен) ұзақ уақыт тұрақтандыруға болады.

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 м2 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 м2 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 м2. 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 м2) 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% [10].

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 [10].

Созылмалы бүйрек ауруындағы жүктіліктің асқынуының сипаттамасы

Жалпы, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар науқастарда жүктіліктің асқынуын шартты түрде екі үлкен топқа бөлуге болады.

- 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 құрсақішілік 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.

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 м2 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 м2) 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. Сондықтан жүкті әйелдердегі бүйрек функциясын бағалау эндогендік креатинин клиренсі бойынша гломерулярлық сүзілу динамикасы мен жылдамдығын Сарысу креатининін зерттеуге негізделген (тәуліктік зәрді жинайтын Реберг сынамасы).Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар пациент үшін оның репродуктивті функциясын жүзеге асырудың орындылығы туралы мәселе туындайды, Акушерлік және нефрологиялық тәуекелдерді нақты бағалау маңызды. Дұрыс шешім қабылдауға көмектесу акушер-гинекологтар үшін де, нефрологтар үшін де күрделі этикалық және клиникалық міндет болып табылады.Жүктілікті негізгі аурудың өршуі және артериялық гипертензия болмаған кезде (немесе жүктілік кезінде рұқсат етілген препараттармен қан қысымын жеткілікті түрде бақылау), бүйректің тұрақты қызметі (оны тез төмендетпестен), бүйректің бірінші және екінші сатысындағы созылмалы ауруы болмаған кезде жоспарлауға болады. Созылмалы бүйрек ауруының үшінші кезеңінде жүктілік мүмкін, бірақ шешім мамандардың консилиумымен әр жағдайда жеке қабылданады. Әрине, 3А сатысы (гломерулярлық сүзу жылдамдығы 45-59 мл/мин/1,73 м2) жүктіліктің нәтижесіне қатысты 3Б сатысына қарағанда қолайлы (гломерулярлық сүзу жылдамдығы 30-44 мл/мин/1,73 м2). Төртінші және бесінші сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы кезінде қауіптер өте жоғары және әйелге жүктіліктен бас тартуға кеңес берген дұрыс. 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 жатырішілік өлімі немесе нәрестенің неонаталдық кезеңдегі өлімі [11].

Егер әйел диализбен емделсе және бүйрек трансплантациясына қарсы көрсетілімдері болмаса, трансплантациядан кейінгі кезеңде жүктілікті жоспарлаған дұрыс, өйткені жақсы жұмыс істейтін ампальды трансплантациясы бар емделушілерде жүктіліктің қолайлы нәтижесінің ықтималдығы бағдарламалық диализдегі науқастарға қарағанда әлдеқайда жоғары. Бүйрек трансплантацияланған әйелдерде жүктіліктің қолайлы ағымының келесі болжаушылары бар :

• бүйрек трансплантациясы арасындағы аралық екі жылдан кем емес және жеті жылдан аспайды;

• қан сарысуындағы креатинин деңгейі 0,15 ммоль/л жоғары емес;

• тәуліктік протеинурия 0,5 г аспайды;

• қан қысымы 140/90 мм сын.бағ. жоғары емес. ст.;

• иммуносупрессанттардың минималды дозалары: Преднизолон дозасы тәулігіне 15 мг-ден аз, қандағы циклоспорин концентрациясы 100-150 нг / мл.

Сондай-ақ, жүктілікті жоспарлап отырған бүйрек трансплантаты реципиенттерінде трансплантацияланған бүйректен несеп ағынының бұзылуын тудыратын урологиялық асқынулар, сондай-ақ ауыр инфекциялық асқынулар, ең алдымен қайталанатын трансплантат пиелонефриті болмауы керек.

Науқас жүктілікке табанды тілек білдірген жағдайда, нефрологтар мен акушер-гинекологтар жүктілікке дейінгі дайындық пен басқарудың жеке (нақты клиникалық жағдайды ескере отырып) алгоритмдерін, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар әрбір пациент үшін босану және босанғаннан кейінгі бақылау тактикасын бірлесіп әзірлеуі керек . Бүйрек ауруларының сипатына және ілеспелі ауруларға байланысты басқа мамандықтардың дәрігерлерін: ревматологтарды (жүйелі қызыл жегі, басқа жүйелік аурулар кезінде), урологтарды, трансплантологтарды, эндокринологтарды, гематологтарды, генетиктерді басқаруға тарту керек. Ең қиын жағдайлар созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар науқас жүктілікті жоспарламаған кезде пайда болады және жүктіліктің басталу фактісі бойынша дәрігерге жүгінеді, кейде жүктіліктің өте кеш кезеңінде. Әрине, мұндай жүктіліктің нәтижелері созылмалы бүйрек ауруы бар

әйелдерге қарағанда нашар, бірақ жүктілікті акушер-гинекологпен және нефрологпен жоспарлаған, прегравидальды дайындықтан өткен және жүктіліктің ерте кезеңдерінен бастап асқынулардың алдын алу бойынша барлық шараларды алған. Егер пациент жүктілікті сақтап қалғысы келсе, онда акушер-гинеколог дәрігері, нефролог дәрігері және ауруханаными бас дәрігері құрамындағы комиссия пациенттің денсаулығының жай-күйі және жүктілікке қарсы көрсетілімдері туралы, сондай-ақ оның жүктілікті тоқтатудан бас тартуы туралы ақпараттандыру құжатын ресімдейді. Бас тарту пациенттің, комиссия мүшелерінің қолдарымен және медициналық мекеменің мөрімен расталады және медициналық құжаттамаға қоса тіркеледі. Мұндай жүкті әйел босанғанға дейін оның құрылымында нефрологиялық (немесе терапевтік), акушерлік-гинекологиялық және неонаталдық бөлімшелері бар көпсалалы медициналық орталықта байқалуы керек. Егер өңірде мұндай орталық болмаса, онда жүктіліктің 28-ші аптасынан бастап науқас нефрологқа тұрақты консультациялық қолдау көрсету мүмкіндігімен акушерлік бейіндегі стационарда болуы тиіс [13].

Созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда прегравидарлы дайындықтың ерекшеліктері

Прегравидальды дайындық кезінде жүктілік кезінде қауіпті препараттарды (FDA классификациясы бойынша C 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.

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 X 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 дозалау ыңғайлылығы;
- антикоагулянтты зертханалық бақылаудың қажеті жоқ;
- күнделікті тері астына бір рет енгізу.

Созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда гепариндер әртүрлі нефропатиялардың, әсіресе жүктілік кезінде, прогрессияның алдын алу және емдеу схемаларында жетекші орын алады . Осы тұрғыдан алғанда, төмен молекулалы гепариндер тобының екінші буыны – Цибор ® сауда атауымен шығарылатын натрий бемипарині қызығушылық тудырады. Цибор ® препаратының басқа төмен молекулалы гепариндерден ерекшелігі мыналар болып табылады:

- ең төменгі молекулалық салмақ;
- басқа төмен молекулалы гепариндермен салыстырғанда минималды фактордың IIA тежелуі;

- төмен молекулалы гепариндердің ішіндегі ең жоғарысы-анти-Ха белсенділік;
- маңызды геморрагиялық асқынуларды азайтуға мүмкіндік беретін факторлық белсенділіктің анти-Ха/IIа ең жоғары қатынасы.

Антикоагулянттар әдетте жүктілік кезінде қолданылады және босанғанға дейін 12 сағаттан кешіктірмей тоқтатылады. Бүйрек функциясының нашарлауының және кесарь тілігінен кейінгі тромбоэмболиялық асқынулардың алдын алу мақсатында, оның жиілігі бүйректің созылмалы ауруының екінші – бесінші сатысы бар пациенттерде өте жоғары және 50-75% - ға жетеді, Цибор ® препаратымен емдеуді босанғаннан кейінгі кезеңнің бірінші тәулігінде (бірақ босанғаннан кейін алты сағаттан ерте емес) қалпына келтіріп, кемінде бесеуін жалғастырған жөн-алты апта. Профилактикалық мақсатта Цибор ® препараты тәулігіне бір рет 3500 ХБ дозада тері астына инъекция арқылы енгізіледі .

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 .

Созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарға прегравидальды дайындық кезеңінде акушер-гинекологтың шешімі бойынша құрамында гестагені бар дәрі-дәрмектер (Дюфастон немесе Утрожестан) тағайындалады. Препараттар етеккір циклінің екінші кезеңінде терапияны үздіксіз режимде жалғастыра отырып, жүктіліктің оң сынағынан бастап жүктіліктің 20-шы аптасына дейін, оларды бір апта ішінде біртіндеп алып тастай отырып қабылданады. Дуфастон тәулігіне екі рет 10 мг, Утрожестан – 12 аптаға дейін 200 мг/тәулікке дейін, 12 аптадан кейін 300 мг/тәулікке дейін ауызша қолданылады. Жүктілікті жоспарламаған әйелдер бұл препараттарды жүктіліктің басында бастайды. Осы препараттардың прогестерон компонентін ескере отырып, емдеу кезеңінде зәр шығару жолдарының инфекцияларының алдын алуға және бактериурияны анықтауға ерекше назар аудару қажет.

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 циклоспорин мен такролимус концентрациясы айтарлықтай төмендейтіні белгілі. Осыған байланысты циклоспорин 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 ультрафильтрациямен 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 .

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 .

Жүктілік кезіндегі анемияны емдеу үшін фолий 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) ≥ 4,4 ммольге дейін жоғарылауы2/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].

Созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда жүктілік көбінесе зәр шығару жолдарының инфекциясының қосылуымен/өршуімен қиындайды, оның клиникалық көрінісі әдетте жойылады. Созылмалы бүйрек ауруы бар жүкті әйелдерде зәр шығару жолдарының инфекциясы кенеттен төмендеуі мүмкін гломерулярлық сүзілу жылдамдығы және қан сарысуындағы креатининнің жоғарылауы, гипертензияның қосылуы/нашарлауы, жалпы жағдайдың түсініксіз нашарлауы. Осыған байланысты асимптоматикалық бактериурияға мониторинг жүргізу және инфекция анықталған жағдайда жүктілік кезінде қабылдауға рұқсат етілген және нефроуыттылығы жоқ препараттарды тағайындау қажет. Жүкті әйелдердегі пиелонефритті тек ауруханада кем дегенде үш-төрт апта емдеу керек. Обструктивті пиелонефрит кезінде антибиотикалық терапия басталғанға дейін зәрдің қалыпты ағуын қалпына келтіру маңызды [15].

Фетоплацентарлы жеткіліксіздіктің дамуының жетекші патогенетикалық механизмдерінің бірі жатыр-плацентарлы-ұрық және фетоплацентарлы қан ағымының бұзылуы болып табылады. Бұзылулар қанның тұтқырлығының жоғарылауымен, эритроциттер мен тромбоциттердің гиперагрегациясымен, микроциркуляция мен тамыр тонусының бұзылуымен, артериялық қан айналымының жеткіліксіздігімен бірге жүреді.

Жоғарыда айтылғандай, кейде созылмалы бүйрек ауруы бар науқастарда преэклампсияның қосылуын диагностикалау қиын. Гемодиализдегі жүкті әйелдердегі преэклампсия мен гипертониялық дағдарысты ажырату әсіресе қиын, өйткені диализбен ауыратын науқастардың

көпшілігі ануриямен сипатталады. Осыған байланысты преэклампсияның маңызды критерийін қолдану-протеинурияның пайда болуы немесе өсуі мүмкін болмайды. Преэклампсияға күдік туындаған жағдайда акушерлік стационарға шұғыл госпитализация, қан қысымын, диурезді және ұрықтың жағдайын бақылау, гемоглобинді, перифериялық қан тромбоциттерінің санын, тәуліктік протеинурияны, креатининді, мочевинаны, зәр қышқылын, лактатдегидрогеназаны, трансаминазаларды, натрийді, калийді, сондай-ақ қан сарысуындағы магний, кальций және фосфорды күнделікті бақылау қажет.

Преэклампсия жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін күніне кемінде 300 мг протеинуриямен біріктірілген артериялық гипертензия пайда болған (немесе ауырлығы жоғарылаған) және қан қысымының жоғарылауы мен зәрдегі ақуыздың басқа себептері болмаған кезде диагноз қойылады. Бастапқы протеинуриясы бар әйелдерде артериялық гипертензияның пайда болуымен/нашарлауымен бірге протеинурияның тұрақты өсуі преэклампсия ретінде қарастырылады.

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. Никольская И. Г. и др. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12. – №. 5. – С. 21-30.

2. НИКОЛЬСКАЯ И. Г., Прокопенко Е. И. Беременность у пациенток с хронической болезнью почек //Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №. 35. – С. 50-65.

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. Прокопенко Е. И. и др. Беременность у женщин с хронической почечной недостаточностью //Нефрология и диализ. – 2013. – Т. 15. – №. 2. – С. 124-134.

5. Мухин Н. А. Хроническая болезнь почек у женщин //Клиническая фармакология и терапия. – 2011. – Т. 20. – №. 4. – С. 70-75.

6. Минасян А. М., Дубровская М. В. Беременность на фоне хронического пиелонефрита //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – №. 4. – С. 920-925.

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. Никольская И. Г. и др. Ангиогенные и антиангиогенные факторы у беременных с хронической болезнью почек: роль коэффициента sFlt-1/PlGF в прогнозировании и диагностике преэклампсии //Нефрология и диализ. – 2016. – Т. 18. – №. 4. – С. 440-451.

9. Никольская И. Г. и др. Осложнения и исходы беременности при хронической почечной недостаточности //Альманах клинической медицины. – 2015. – №. 37. – С. 52-69.

10. Козловская, Н. Л., Коротчаева, Ю. В., Демьянова, К. А., Енгибарян, М. М., Микуляк, М. С., Беспалова, А. В., & Бондаренко, Т. В. (2019). Особенности ведения беременности у пациентки с хронической болезнью почек 4 стадии. *Нефрология*, *23*(2), 109-116.

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. Ветчинникова О. Н., Никольская И. Г., Иванова М. Ю. Особенности костного обмена у беременных с хронической болезнью почек //Нефрология и диализ. – 2018. – Т. 20. – №. 2. – С. 202-211.

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. Демьянова, К. А., Козловская, Н. Л., Коротчаева, Ю. В., Апресян, С. В., Рыльцева, Л. П., Усатенко, Г. В., ... & Волкова, О. А. (2021). Анализ течения и исходов беременности у пациенток с поздними стадиями хронической болезни почек. *Терапевтический архив*, *93*(6), 685-692.

15. Никольская И. Г. Беременность и хроническая болезнь почек: гестационные осложнения, материнские и перинатальные исходы: Докт. дисс. – 2019.

УДК 618.19-006.6-089.844

Жантеев М.Е., Оңғарбаев Е.Қ., Аманбаев Б.А., Қалдыбаева Ш.А., Калходжаева Y. М., Абдилова К.Б.

[1] Городской онкологическии центр, г.Шымкент, Казахстан

[2] АО «ЮКМА», г.Шымкент, Казахстан

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФФЕКТА КОЖИ РАСПАДАЮЩЕЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНОГО ЛОСКУТА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИЕЙ

Аннотация

Среди женского населения всего мира рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто встречаемым злокачественным новообразованием. В структуре смертности тоже занимает большой удельный вес. По данным ВОЗ в 2020 г. в мире у 2,3 миллиона женщин был диагностирован рак молочной железы, при этом от этой болезни умерло 685 000 женщин. По статистическим данным около 90% образований в молочных железах относятся к нераковым заболеваниям (фиброаденомы, кисты, инфекции). Как и всякая злокачественная опухоль рак молочной железы на поздней стадии может прорастать смежные органы и ткани в том числе и кожный покров и спровоцировать появлению обширных изъязвлений (распад опухоли), даже не

вызывая при этом болезненных ощущений. Основным методом лечения рака молочной железы является оперативная, хирургичесое удаление опухоли.

***Ключевые слова**: онкология, рак молочной железы, распад опухоли, реконструкция, кожный лоскут.*

Zhanteyev M.E., Ongarbayev E.K., Amanbayev B.A., Kaldybayeva Sh.A., Kalhojaeva U. M., Abdilova K.B.

[1] City Cancer Center, Shymkent, Kazakhstan

[2] JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

SIMULTANEOUS RECONSTRUCTION OF A SKIN DEFECT OF A DECEPENT BREAST TUMORS USING AN AUTOLOGICAL OPPOSITE BREAST FLAP WITH SUBCUTANEOUS MASTECTOMY

Annatation

Among the female population around the world, breast cancer (BC) is the most common malignant neoplasm. It also occupies a large share in the structure of mortality. According to WHO, in 2020, 2.3 million women worldwide were diagnosed with breast cancer, while 685,000 women died from this disease_According to statistics, about 90% of formations in the mammary glands are non-cancerous diseases (fibroadenomas, cysts, infections). Like any malignant tumor, breast cancer at a late stage can germinate adjacent organs and tissues, including the skin, and provoke the appearance of extensive ulcerations (tumor decay), without even causing pain. The main treatment for breast cancer is surgical removal of the tumor.

***Key words**: oncology, breast cancer, tumor decay, reconstruction, skin flap.*

Жантеев М.Е., Оңғарбаев Е.Қ., Аманбаев Б.А., Қалдыбаева Ш.А., Калходжаева Y. М., Абдилова К.Б.

[1] Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

[2] «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ЫДЫРАҒАН СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫНЫҢ ТЕРІ ДЕФФЕКТІСІН ТЕРІ АСТЫЛЫҚ МАСТЭКТОМИЯ ЖАСАЛЫНҒАН ЕКІНШІ СҮТ БЕЗІ ТЕРІСІ ЖАМАУЫМЕН (ЛОСКУТ) ҚАЙТА ТҮЗУ

Аннотация

Дүние жүзіндегі әйелдер популяциясының арасында сүт безі қатерлі ісігі (ВС) ең көп таралған қатерлі ісік болып табылады. Ол сондай-ақ өлім құрылымында үлкен үлесті алады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша 2020 жылы әлемде 2,3 миллион әйелге сүт безі қатерлі ісігі диагнозы қойылды, ал 685 мың әйел осы аурудан қайтыс болды.

Статистикаға сәйкес, сүт бездеріндегі түзілістердің шамамен 90% -ы қатерлі емес аурулар (фиброаденомалар, кисталар, инфекциялар). Кез келген қатерлі ісік сияқты, сүт безі қатерлі ісігі кеш сатысында іргелес органдар мен тіндерді, соның ішінде теріні дамытып, тіпті ауырсынуды тудырмай, кең жаралардың (ісіктің ыдырауы) пайда болуын тудыруы мүмкін. Сүт безі қатерлі ісігінің негізгі емі – ісіктерді хирургиялық алып тастау.

***Кілт сөздер**: онкология, сүт безі обыры, ісік ыдырауы, реконструкция, тері жамылғысы.*

В прошлом все случаи рака молочной железы лечились путем мастэктомии (полного удаления груди) и часто с региональной лимфодиссекцией. В настоящее время предпочтение дается более щадящей методике в виде «лампэктомии», секторальной резекции или частичной мастэктомии, которые обеспечивает быстрое заживление ран и относительно хорошое качество жизни в послеоперационом периоде. И сегодня, из за большого размера опухоли, особенно с распадом, по-прежнему требуется выполнение расширенной мастэктомии, после которых на груди останется обширные деффекты кожи, требующие реконструктивно-пластических операции. После удаления распадающейся опухоли молочной железы, целостность кожи груди восстанавливают с помощью пластики. Если есть оставшиеся ткани молочной железы то их смещают, тем самым заполняя дефект кожи, который образовался после удаления опухоли. Такая процедура называется реконструкцией со смещением тканей.

Есть несколько вариантов восстановления целостности кожи и формы молочной железы. Один из наиболее широко используюмым методом является использование собственных тканей пациентки – «лоскуты». Их берут с живота, ягодиц или со спины. Хорошие результаты дают

кожно-мышечные лоскуты перемещаемые на новое место с оставленной сосудистой ножкой, которая питает ткани.

Имеются статьи о применении аутологичных лоскутов передней брюшной стенки в реконструктивно-пластической хирургии молочной железы. Авторы считают что применение лоскутов передней брюшной стенки позволяют добиться хорошего эстетического результата. При применении такого вида рекострукции надо учитывать ряд факторов как возраст пациента, индекс массы тела, наличие сопутствующих заболевании (сахарный диабет, ожирение, курение и.т.д.) а так же состояние кровоснабжения донорского участка кожи(1).

Некоторые авторы пишут о применении органосохраняющих и онкопластических операции у пациенток с местно-распространенными формами рака молочной железы которые дают хорошие эстетические результаты. Сравнивая отдаленные результаты таких операции с радикальной мастэктомией авторы рекомендуют при небольших размерах опухолевого узла применить онкопластические резекции, тем самым улучшая качество жизни пациенток в послеоперационном периоде(2).

Анализирую отдаленных послеоперационных данных приблизительно такому же выводу пришли авторы следующей статьи. Сравнивая в течении 20 лет, отдаленных послеоперационных результатов у больных которыми были применены тотальная мастэктомия, резекция и лампэктомия при различных формах рака молочной железы(3).

Сравнивая данных 101 пациента с раком молочной железы, перенесших органосохраняющую операцию и подкожной мастэктомии авторы обнаружили что у больных с подкожной мастэктомией рецидив заболевания приблизительно 2 раза меньше чем органосохраняющей операции(4).

Изучая отдаленные результаты в послеоперационном периоде у больных которым были выполнены КМЭ/ПМЭ и радикальная мастэктомия при раннем РМЖ исследователи получили одинаковую онкологическую безопасность[5].

Приведем пример использование кожно сосудистого лоскута молочной железы для закрытия деффекта кожи из за распадающегося рака противоположной молочной железы.

Больная М. 44 года поступила с жалобами: на обширную, открытую рану, образование по ходу п/о рубца правой молочной железы, общую слабость. Из анамнеза morbi: известно что С 25.06.2021г состоит на Д учете в ГОЦ, диагноз верифицирован. Гистология №9275-76 от 09.06.2021г. инвазивная карцинома GII. Неспецефический тип.ИГХ №9275-76 от 25.06.2021г. РЭ

-7. РП –6. Her2-0. Ki67-25%. В отделении маммологии в ГОЦ. 29.06.2021г проведена операция – кожесоскосберегающая мастэктомия справа с ЛД, одномоментная реконструкция молочной железы с лоскутом широчайшей мышцей спины (ТДЛ). Решением МДГ №1423 от 19.07.2021г-рек-но 1. АПХТ. 2. ЛТ. 3. ГТ. Пациентка получает 2 курса АПХТ по схеме АС, далее отказывается от спец терапии. Повторно обсуждается на МДГ №885 от 22.04.2022г-рек-но гормонотерапия+АГРГ. На фоне гормонотерапии прогрессирование процесса. Рецидив опухоли. Распад. Пациентка проконсультирована с химиотерапевтом Смагуловым К.К. в КазНИИОиР от 27.09.2022г. Рек-но ХТ по схеме Карбоплатин-Паклитаксел с контрольным обследованием. Контрольный УЗИ молочных желез и РЛУ от 19.01.2023г после принятия 5 курсов ППХТ по схеме «Паклитаксел-Карбоплатин» - **З**аключение: С-г правой молочной железы. СПО. Отечно инфильтративное изменение правой молочной железы. (Открытая язвенная рана). Образование левой молочной железы. С-г? Увеличение подмышечных, шейных лимфо-узлов с обеих сторон и надключичных лимфо-узлов справа мтс характера. Госпитализирована в отделение маммологии на оперативное лечение.

Анамнез жизни: гинекологическии, аллергические анамнезы без особеностей.

Обьективно: Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, адекватное. По шкале Карновского 80%. ECOG –1 балл. Явлении ОРВИ нет. Т тела 36,5 С. Р-77 уд в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые на момент осмотра обычной окраски, чистые. Состояние подкожно-жировой клетчатки удовлетворительное. Эластичность хорошая. Тургор тканей сохранен. Данные со стороны внутренних органов без особенностей ЧДД 20 в 1 мин., ЧСС 77 уд. в 1 мин. АД 120/80 мм.рт.ст. аппетит удовлетворительный стул, диурез в норме.

Локально: визуально -в области п/о рубца определяется язвенная рана с размерами 8,0*8,0 см. (фото 1). Регионарные л/у увеличены.

Данные клинико-лабораторных и инструментальных исследований

ОАК от 16.01.2023г.: Le-7,4x10^9/л, Hb-106 г/л, Эр-3,7 x10*12/л, тромбоциты -171*10*9/л, СОЭ –38 мм/ч.

ОАМ от 17.01.2023г-цвет-б/ж, ОП 1018, Р-я 6,0 , пл эпит 3-4 в п/зр, лейк 3-4 в п/зр.

Б/х крови от 16.01.2023г- мочевина 3,0 ммоль/л, креатинин –42,1 ммоль/л, Алт 21,0, АсТ 39,0, общ билирубин 9,1 мкмоль/л, глю 5,3 ммоль/л, общ белок 74,0 г/л.

Коагулограмма от 16.01.2023г- ПВ-11,0 сек, МНО-0,9, ПТИ 109,0.

ИФА на маркеры гепатитов от 19.01.2023г: гепатит В и С –отрицательные.

Микрореакция от 16.01.2022г –отрицательный

Гр крови О(I) первая, Резус фактор (+) положительный от 30.09.2022г.

Кровь на ВИЧ от 19.01.2023г: отрицательный.

Обследования:

КТ ОГК от 23.01.2023г. в теле грудины определяется патологический участок, нечеткими контурами, неправильной формы, размерами 2,6х1,4 см, высота 3,7 см.

Рисунок 1- **Данные исследований**

Заключение: КТ-признаки патологического участка в теле грудины (mts?), фиброзных тяжей НД обеих легких.

КТ ОБП от 23.01.2023г. Заключение: КТ-признаки жирового гепатоза печени, деформации желчного пузыря.

МРТ головного мозга от 10.09.2022г-МРТ –признаки церебральной микроангиопатии.

МРТ ОМТ от 10.09.2022г-МРТ –признаки очаговых уплотнении проэкций наружных зев шейки матки(полипы?). неравномерного утолщения переходной зоны(вероятно всего аденомиоз).

ЭКГ от 24.01.2023г-Синусовый ритм. ЧСС 85 в мин. Норм положение ЭОС.

Конс кардиолога от 24.01.2023г-Астенический синдром.

Больной выставлен клинический диагноз: *С-r правой молочной железы, узловая форма. STII T2N0M0. СПО Кожесосоксберегающая мастэктомия справа с ЛД, одномоментная реконструкция с ТДЛ. Люминальный В тип, без гиперэкспресии Her2. СП-2-курс АПХТ. Отказ от лечение. Прогрессирование процесса. Рецидив. Распад опухоли. Мтс надключичных л/у справа. СП 5 курс ППХТ. Мтс грудины? II клиническая группа.*

Учитывая всех вышеперечисленных данных, данных состояния кожи груди, регенеративно-репарационной возможностей решено провести операцию: Санитарная мастэктомия справа, подкожная мастэктомия слева с ЛД, пластика дефекта правой молочной железы с лоскутом кожи левой молочной железы.

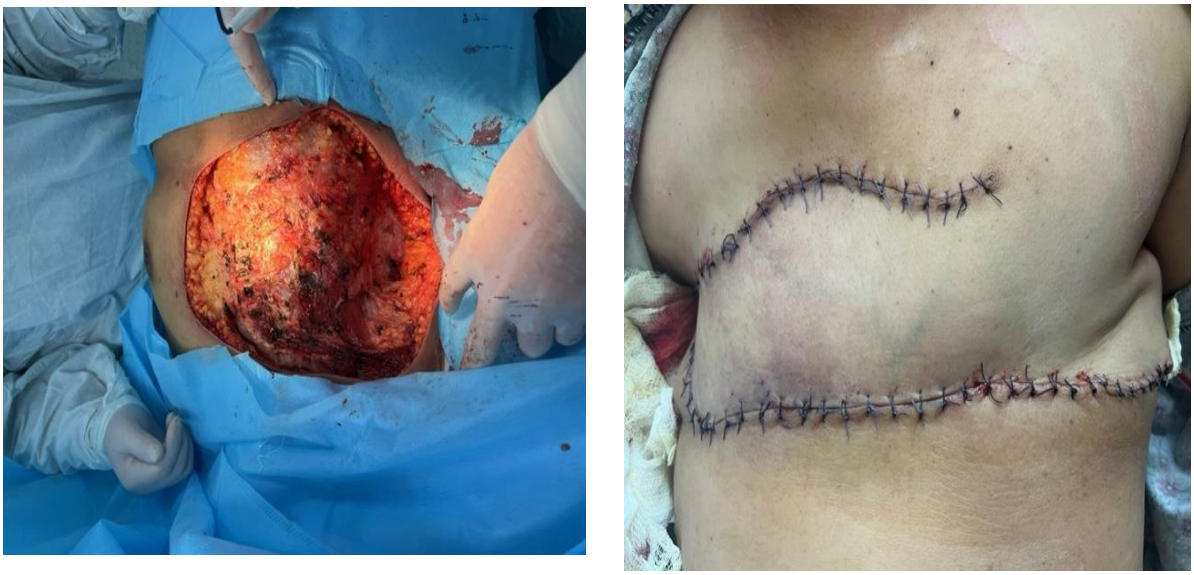


Рисунок 2-**Этапы операции- правосторонная мастэктомия срегионарной л/д**

В условиях операционной, под эндотрахеальным наркозом **25**.01.2023г. проведена операция – первым этапом, после мобилизации произведена санитарная мастэктомия справа, с удалением кожи, подкожной клетчатки, культи грудных мышц в пределах здоровой ткани с лимфодиссекцией (подмышечная, надключичная, подключичная, шейные) . Далее выполнена типичная, подкожная мастэктомия слева с ЛД, пластика дефекта правой молочной железы с лоскутом кожи левой молочной железы.

Рисунок 3-**Закрытие деффекта кожи правой молочной железы с кожным лоскутом левой молочной железы**

Большой лоскут кожи с подкожно жировой клетчаткой, действующими сосудами перетянут в рану на правой груди, смоделирован по размеру дефекта с последующей фиксацией по краям отдельными узловыми швами, с дренированием латексными полосками(фото-2,3). П/о гистология №1136-57 от 06.02.2023г-Справа-В дерме рост инвазивной карциномы с очагами распада. Слева-инвазивная карцинома GII. Неспецифический тип. Мтс во всех 7-ми л/улах. Лечебный патоморфоз I степени. (из V-ти по Muller-Payne).

Послеоперационный период протекал гладко. Были местные кожные реакции в виде шелушения, мацерации имплантной кожи, зуд и незначительные боли. Несостоятельность швов и нагноение ран не было. Выписана в удовлетворительном состоянии. Принимает адьювантную химиотерапию, наблюдение.

Список литератур:

1. Дуадзе И.С., Зикиряходжаев А.Д., Усов Ф.Н., Багдасарова Д.В., Решетов И.В. Реконструкция молочной железы с использованием аутологичных лоскутов у больных раком молочной железы. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2023;12(3):86-92.

Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д. Органосохраняющие и онкопластические резекции при раке молочной железы. Современные тенденции. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2022;11(5):65-69.

2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med 347 (16): 1233-1241 October 2002 New England Journal of Medicine 347 (16): 1233-41f invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002;347(16):1233-41.

3. Pahmeyer C, Schablack A, Ratiu D, Thangarajah F, Ludwig S, Gruettner B, Mallmann P, Malter W, Warm M, Eichler C. Occurrence of residual cancer within re-excisions after subcutaneous mastectomy of invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ — a retrospective analysis. In vivo. 2020;34(4):2015-2019.

4. Hussami N., Macaskill P., Marinovich M. L., Dickson J. M., Irwig L., Brennan M. E., Solin L. J. A meta-analysis of the effect of surgical margins on local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with organ-sparing therapy. Evre Jay Rak. 2010; 46(18):3219–3232. doi: 10.1016/j.ejca.2010.07.043.

ӘОЖ 616-079.1

Баратова Д.Б.
Қалалық диагностикалық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУІ

Аннотация

Ультрадыбыстық зерттеу - бұл ересектерде де, балаларда да медициналық көмектің барлық деңгейінде қолжетімді қалқанша және қалқанша маңы бездерінің ауруларын диагностикалаудың жоғары ақпараттық аспаптық әдісі. Оны табысты және тиімді жүзеге асырудың маңызды шарты – зерттеу әдістемесін қатаң сақтау. Диагностикалық жабдықты жетілдіру, ультрадыбыстық датчиктердің ажыратымдылығын арттыру нәтижесінде алынған ультрадыбыстық кескіннің сапасының өзгеруіне және жақсаруына әкеледі, бұл ультрадыбысты жүргізудің методикалық әдістерін мерзімді қайта қарауды, алынған

кескіндерді жаңа интерпретациялауды, хаттамаларды қайта қарауды талап етеді, УДЗ мүмкіндіктерін кеңейтуге және диагностикалық процестің сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

***Кілт сөздер**: қалқанша без, ультрадыбыстық зерттеу, патология, мойын, диагностика*

Baratova D.B.
City diagnostic center, Shymkent city, Kazakhstan

ULTRASOUND EXAMINATION OF THE THYROID GLAND

Annatation

Ultrasound examination is a highly informative instrumental method for diagnosing diseases of the thyroid and parathyroid glands, available at all levels of medical care in both adults and children. An important condition for its successful and effective implementation is the strict observance of the research methodology. Improving diagnostic equipment, increasing the resolution of ultrasonic sensors leads to a change and improvement in the quality of the resulting ultrasound image, which requires periodic revision of the methodological methods for performing ultrasound, a new interpretation of the images obtained, revision of protocols, which allows expanding the possibilities of ultrasound and improving the quality of the diagnostic process.

***Keywords**: thyroid gland, ultrasound, pathology, neck, diagnostics*

Баратова Д.Б.
Городской диагностический центр, г. Шымкент, Казахстан

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация

Ультразвуковое исследование является высокоинформативным инструментальным методом диагностики заболеваний щитовидной и паращитовидных желез, доступным на всех уровнях оказания медицинской помощи как у взрослых, так и у детей. Важным условием успешного и эффективного его выполнения является четкое соблюдение методики исследования. Совершенствование диагностической аппаратуры, повышение разрешающей способности ультразвуковых датчиков ведет к изменению и улучшению качества получаемого

ультразвукового изображения, что требует периодического пересмотра методических приемов выполнения ультразвукового исследования, новой трактовки получаемых изображений, пересмотра протоколов, что позволяет расширить возможности ультразвуковое исследования и повысить качество диагностического процесса.

***Ключевые слова**: щитовидная железа, ультразвуковое исследование, патология, шея, диагностика*

Кіріспе

Алдымен қалқанша безін көлденең сканерлеу керек. Калқанша безін көлденең сканерлеу үшін мойынның алдыңғы бөліктерін ортаңғы сызық бойымен тіл асты аймақтан мойын сызығына дейін қарайды. Алдымен экранда бөліктердің жоғарғы полюстері пайда болады, кейін кескін бүйір бөліктермен бірге истмус арқылы өтеді, содан соң бөліктердің төменгі полюстеріне жетеді. Мойынның үлкен тамырлары (жалпы ұйқы артериясы және ішкі мойын венасы) көлденең қималардағы қалқанша безінің бағдары болып табылады. Қалқанша безінің әр бөлімін максималды бейнеде көрсету керек. Мұны әрқашан бір тілімде жасау мүмкін емес. Бұл жағдайда олар қатаң көлденең қиманы сақтай отырып, қалқанша безінің әр фрагментімен бөлек жұмыс істейді. Тиісті өлшемдерді орындағаннан кейін әр бөліктің бойлық қимасын жеке сканерлеу керек. Ол үшін көлденең қимадағы бөліктің суреті экранның ортасына шығарылады. Қалқанша безінің үлестерін бойлық сканерлеу: сенсорды баяу кеңейту арқылы (сол жақ бөлікті зерттеу кезінде – сағат тіліне қарсы, оң жақ бөлікті зерттеу кезінде – сағат тілімен) оның ең алыс бөліктері – екі полюс толық шығарылғанша экранға бүйірлік бөлікті шығарамыз [1]. Бұл жағдайда сенсор әдетте мойынның ортаңғы сызығына (немесе трахеяға) өткір бұрышпен, төсбұғана-емізікше бұлшықетіне параллель орнатылады. Осы қол жетімділіктен бөліктің максималды ұзындығы анықталады және бөлімнің қалыңдығын тексеруге болады, өйткені көлденең қимада бұл өлшемді әрдайым сапалы өлшеу мүмкін емес. Бойлық қимадағы қалқанша безі үлесін зерттеу кезінде, экранда қоршаған тіндерге қатысты без үлесі кескінінің еркін сырғуы анықталған кезде, жұтылу кезінде оның қозғалғыштығын бағалау қажет. Даму аномалиясы кезінде (дистопия) қалқанша безі төмен орналасуы мүмкін және төменгі полюстер төс сүйегінен өтеді (стернеральды орналасуы ішінара немесе толық). Ультрадыбыспен қалқанша безінің бұл бөліктерін ашу қиын. Кейбір жағдайларда векторлық немесе секторлық датчиктердің бойлық, көлденең және қиғаш сканерлеу жазықтықтарындағы мойын, супраклавикулярлық және

парастерналдық қол жетімділіктен алынған зерттеу көмектесе алады. Ультрадыбыстық қорытындыда (бөліктік немесе толық) бездің төс артында орналасуы туралы ақпаратты міндетті түрде көрсету керек, өйткені органның мөлшері мен құрылымы туралы толық емес ақпарат алуға және қосымша аспаптық зерттеулерді қолдану қажет болады [2,3].

Қалқанша безін бағалау кезінде оның өлшемі маңызды параметр болып табылады. Ол үшін екі бөліктің де, истмустың да сызықтық өлшемдерін өлшеу керек, соның негізінде әр бөліктің және бүкіл қалқанша без көлемдерін есептеу керек. Көлденең қимада бөліктердің максималды қимасын алып, олардың әрқайсысының бүйірлік-медиальды өлшемін немесе ені және алдыңғы-артқы өлшемін немесе қалыңдығын дәйекті өлшеу керек:

- қалыңдығын (А) бөліктің алдыңғы және артқы беттерін байланыстыратын сызық бойынша өлшенеді. Бұл өлшемді бөліктің истмусқа жақсы ауысуымен ғана анықтауға болады. Күмәнді жағдайларда қалыңдығы бойлық қимада бағаланады;
- енін (В) бөліктің бүйір нүктесінен тамыр шоғырының үстінен трахеяға дейінгі ең алыс бөліктер арасында өлшенеді.

Бойлық қимада тік өлшемді (ұзындықты) бағалау жүргізіледі:

- ұзындығы (С) бөліктің ең алыс полюстері арасында. Бөліктің алдыңғы-артқы өлшемін оның максималды қалыңдығы орнында екі рет тексеруге болады. Сызықтық өлшемдерге сүйене отырып, әр бөлік көлемінің қосындысынан тұратын қалқанша безінің көлемін есептеу керек:

V қ.б. = V оң жақ бөлік + V сол жақ бөлік

Өзгермеген қалқанша безінің көлемінің шамамен 5% құрайтын истмус көлемі формула есебіне алынбайды. Әрбір бөліктің көлемі эллипсоид формуласы бойынша есептеледі:

V үлесі қ.б. = (0,479) А В С,

мұндағы: V-үлестің көлемі мл (см^3), А - үлестің қалыңдығы см, В-үлестің ені см, С-үлестің ұзындығы см, 0,479-нақтыланған коэффициент π/6.

Қалқанша безінің көлемі әйелдерде 18 мл-ден асады (жүкті әйелдерде > 20 мл) және ерлерде 25 мл пациенттің "ЗОБТЫ трансформациясы" бар екенін көрсетеді. Қалқанша безінің гипоплазиясын әйелдерде қалқанша безінің көлемі <4 мл, еркектерде <7 мл көрсетеді. Қалқанша

безінің үлесінің асимметриясының клиникалық маңызы жоқ, қалқанша безінің жалпы көлемі жас нормасына сәйкес келуі маңызды [4,5].

Балаларда қалқанша безінің екі бөлігін бір кескінде өлшеу ұсынылмайды, өйткені қалқанша безі симметриялы түрде орналаспауы және қалыптаспауы мүмкін, бұл жағдайда максималды өлшемдер болмайды. Бөлімдерді кездейсоқ таңдау, қалқанша безінің нақты құнын жете бағаламауға әкелуі мүмкін. Жыныстық жетілуге дейін қалыңдығы әдетте 0-3 мм болады. Жыныстық жетілу кезінде ол 5 мм жетуі мүмкін. Ересектердегідей, орта жастағы балаларда бөліктің ұзындығы сызықтық сканерлеу аймағынан асып кетуі мүмкін, содан кейін конвексті датчикті тек қана бөліктің тік өлшемін өлшеу үшін пайдалануға болады. Қалқанша безінің көлемі көптеген факторларға байланысты: физикалық даму, екінші жыныстық белгілердің даму дәрежесі және т.б. Қазіргі уақытта ультрадыбыстық диагностика дәрігерлері мен эндокринологтарының тәжірибесінде бірнеше нормативтік кестелер қолданылады. Сондықтан тәжірибелік дәрігерлердің барлық талаптарын қанағаттандыратын тамаша кестелер жоқ. Әрбір нақты жағдайда қалқанша безінің көлемінің нормаға сәйкестігі туралы қорытындыны тек дәрігер-эндокринолог анықтауы керек. УДЗ дәрігері норманы бағаламай, хаттамада қалқанша безінің көлемінің цифрлық көрінісін ғана көрсетумен шектелуі мүмкін. 3-қосымшада баланың салмағы мен жасына байланысты жас балалардағы қалқанша безінің жалпы көлемінің параметрлерінің кестелері келтірілген [6].

Қалқанша безі В-режимінде оны қоршаған гипоэхогендік бұлшықет құрылымдарынан анық ажыратпалы диагностикаланады. Контуры айқын, тегіс. Қалқанша безі тінінің эхогенділігі мойын бұлшықеттерінің эхогенділігінен жоғары болуы керек [7]. Балаларда қалқанша безінің эхогенділікті сілекей бездерінің эхогенділігімен тең болуы керек. Қалқанша без тінінің эхоқұрылымы ұсақ түйіршікті, себебі коллоидпен толтырылған көптеген майда фолликулалардан тұрады. Ересектерде бездің перифериялық бөліктердегі фолликулалардың диаметрі 1-2 мм жетуі мүмкін, бұл қалыпты және ошақты патология болып саналмайды.Әдетте бұл жағдайларда сипаттамада қалқанша безінің біртекті құрылымы көрсетіледі. Фолликулалардың 3-6 мм-ге кеңеюі гипотиреозға бейімділік кезінде көрінеді. Бұл жағдайда олардың тығыз коллоидпен шамадан тыс созылуы орын алады. Кеңейген фолликулалар- макрофолликулалар немесе кистозды-кеңейген фолликулалар деп аталады.

Қалқанша безінің қалыпты жағдайдағы ультрадыбыстық зерттеуінің стандартты сипаттамасы мен қорытындысы [8]. Қалқанша безі мойын алдында орналасады, жұтылу кезінде

бездің қозғалғыштығы сақталады (бұзылған емес). Безінің пішіні дұрыс, симметриялы. Контурлар анық және тегіс. Өлшемдері үлкейтілмеген (әр бөліктің үш өлшемін және исмустың қалыңдығын см/мм-де, бүкіл қалқанша безінің жалпы көлемін мл-де көрсетіңіз). Ұлпа біртекті (ұсақ түйіршікті). Эхогендік өзгермейді (әдеттегідей). Түйіндер анықталмаған (міндетті фраза, қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуінің әрбір сипаттамасында болуы керек). ЦДК кезінде без тінінің тамырлық үлгісі қалыпты (күшеймеген). Аймақтық лимфа түйіндері көрінбейді.

1. Ультрадыбыстық қорытынды. Қалқанша безінің ультрадыбыстық патологиясы анықталған жоқ.

2. Ультрадыбыстық қорытынды. Қалқанша безінің өзгермеген ультрадыбыстық белгілері. Қалқанша маңы бездерінің жай-күйін бағалау қажет болса, кеңейтілген ультрадыбыстық хаттама жасалады, онда «Қалқанша маңы бездерінің проекциясында қосымша түзілімдер анықталмады» деген сөз тіркесі қосылады.

3. Ультрадыбыстық қорытынды. Қалқанша безінің УДЗ патологиясы анықталмады. Қазіргі уақытта қалқанша безінің ұлғаюы туралы деректер жоқ.

Қорытынды

Аспаптық диагностикада мүшелер мен жүйелердің күйін көппараметрлік бағалаудың заманауи тәсілдері стандартты ультрадыбысты жүргізу кезінде екі зерттеу әдісінің міндетті комбинациясын талап етеді: В-режимі және ЦДК/ЭДК режимі, бұл сұр шкала бойынша базалық сканерлеу мүмкіндіктерін айтарлықтай кеңейтеді. Қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуінің бірыңғай стандарттарын, хаттамаларын және алгоритмдерін енгізу - ультрадыбыстық зерттеуді стандарттауға, ересектерде де, балаларда да нәтижелерді интерпретациялауды әмбебаптандыруға, сол арқылы ультрадыбыстық диагностиканың сапасын арттыруға бағытталған.

Әдебиеттер тізімі

1. Ішкі мүшелер мен беткей орналасқан құрылымдардың қалыпты ультрадыбыстық анатомиясы. Бейне оқулықтары бар практикалық нұсқаулық. / Ред. В.А. Сандрикова, Е.П. Фисенко. - М.: СТРОМ фирмасы. – 2012. – 192б.

2. Ішкі ағзалар мен беткей орналасқан құрылымдар ауруларының ультрадыбыстық диагностикасы. Практикалық нұсқаулық. / Ред.В. А. Сандрикова, Е. П. Фисенко. - М.: СТРОМ фирмасы. – 2013. – 288б.

3. Сенча А.Н. Ультрадыбыстық диагностика. Беткей орналасқан органдар. / А.Н. Сенча-М.: Видар баспа үйі. – 2015. - 512б.

4. В.В. Митьков Ультрадыбыстық диагностика бойынша практикалық нұсқаулық. Жалпы Ультрадыбыстық диагностика (іш, ұма, лимфа жүйесі, кеуде қуысы, сүт, қалқанша без, сілекей бездері). / В.В. Митков – М.: Видар баспа үйі. – 2011. - 720б.

5. Бас және мойын ауруларының ультрадыбыстық диагностикасы / Х-Ю. Велкоборский, П. Йеккер, Я. Маурер, В.Ю. Манн – М.: "Medpress-infrm". – 2016. – 176б.

6. Балалардың ультрадыбыстық диагностикасы. 5-ші Том. / М.И.Пыкова-М редакциялаған: Видар баспа үйі. – 2016. – 360 б.

7. Е.Б. Ольхова шұғыл неонатологиядағы ультрадыбыстық диагностика. Дәрігерлерге арналған нұсқаулық. 1 Том. / Е.Б. Ольхова-М.: СТРОМ фирмасы. – 2016. – 1136б.

8. Фисенко Е.П., Гуревич А.И. ересектер мен балалардағы қалқанша және қалқанша маңы бездерінің ультрадыбыстық зерттеу әдістемесі./ Мәскеу қаласының Денсаулық сақтау департаменті, 2019-31б.

ӘОЖ 37.01:001.8

Аужан С.Б., Камал Н.К.

ДСБ ШЖҚ «Жоғары медицина колледжі» МКК**,** Шымкент қ., Қазақстан

АНАТОМИЯ ПӘНІНЕН АСҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІН ОҚЫТУДА ЗАМАНАУИ ЭЛЕКТРОНДЫ ӘДІС-ТӘСІЛДЕРДІ ПАЙДАЛАНУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Аннтация

Бұл мақалада білім мазмұнын жаңа бағытқа бұру, құрылымдық жүйені жаңарту, өзгерістер енгізу арқылы білім беру реформасын жүргізудің алғышарттары туралы, әрбір педогогтың дәстүрлі сабақ өту процесінен, педогог-инноватор деңгейіне өту қажеттілігі сөз етіледі. Өйткені білім беру саласы үлкен транформациядан өтуде. Цифрлы мұғалім болу жолында практикалық идеялар мен стартегияларды, ресуртарды пәнаралық байланыс ретінде ұсынылмақ. Бұл білім сапасын арттыруға және оны жоғары деңгейге көтеруге

ықпал етеді. Осыған сәйкес озық әлемдік тәжірибе мен отандық білім беру жүйесінің ерекшеліктерін ғылыми зерттеу барысында, инновациямен үйлестірмекпіз.

Кілт сөздер: *электронды оқулық, қашықтықтан оқыту, анатомиялық кескін, пәнаралық байланыс, 3d үлгілік модель, инновациялық технология.*

Аужан С.Б., Камал Н.К.

ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ, г. Шымкент, Казахстан

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕТОДОВ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ОБУЧЕНИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ПРЕДМЕТА АНАТОМИИ

Аннотация

В данной статье говорится о предпосылках реформы образования путем поворота содержания образования в новом направлении, обновления структурной системы, внесения изменений, необходимости перехода каждого педагога от традиционного процесса прохождения уроков к уровню педагога-инноватра. Потому что в сфере образования происходят большие трансформации. Практические идеи и стратегии, ресурсы на пути к тому, чтобы стать цифровым учителем, будут представлены как междисциплинарное звено.

Практические идеи и стратегии, ресурсы на пути к тому, чтобы стать цифровым учителем, будут представлены как междисциплинарное звено. Это способствует повышению качества образования и поднятию его на более высокий уровень. Соответственно, мы будем сочетать передовой мировой опыт и особенности отечественной системы образования с инновациями в ходе научных исследований.

Ключевые слова: *электронный учебник, дистанционное обучение, анатомический образ, междисциплинарная коммуникация, 3d-модель, инновационная технология.*

Auzhan S.B, Kamal N.K.

«Higher medical college»**,** Shymkent, Kazakhstan

USE OF MODERN ELECTRONIC METHODS AND ITS EFFECTIVENESS IN STUDYING THE DIGESTIVE SYSTEM TAKEN INTO ACCOUNT OF THE ANATOMY OF THE SUBJECT

Annotation

Practical ideas and strategies, resources on the way to becoming a digital teacher will be presented as an interdisciplinary link. Practical ideas and strategies, resources on the way to becoming a digital teacher will be presented as an interdisciplinary link. This contributes to improving the quality of education and raising it to a higher level. Accordingly, we will combine the best international experience and features of the domestic education system with innovations in the course of scientific research.

Keywords: *electronic textbook, distance learning, anatomical image, interdisciplinary communication, 3D model, innovative technology.*

Кіріспе

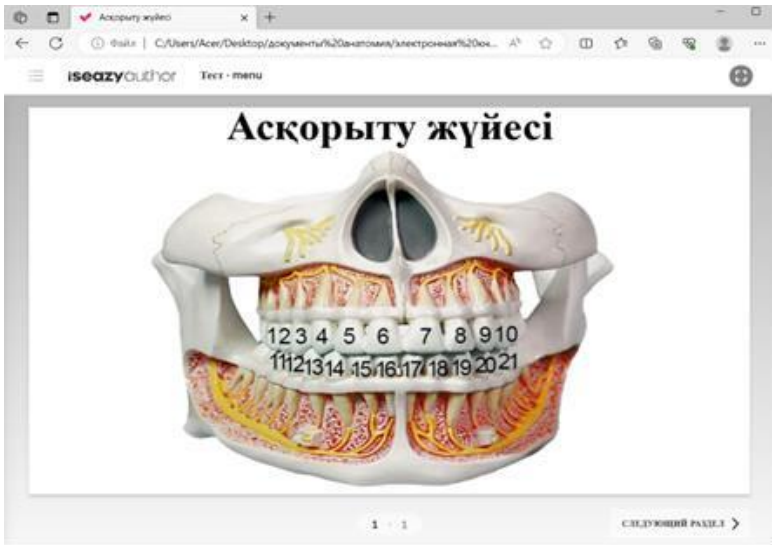
Еліміздің білім беру жүйесі қазіргі кезде өзгермелі және өскелең талаптар мен қажеттіліктерді қанағаттандыра отырып, отандық білім саласын әлемдік білім кеңістігіне біріктіруге ұмтылыс жасауда. Бұл білім сапасын жетілдіру және оны жоғары деңгейге көтеруді алға тартады. Осыған сәйкес, ғылыми - зерттеу барысында әлемдік озық тәжірбиелер мен отандық білім жүйесіндегі ерекшеліктер зерделенуде.

Анатомия пәнінен «Асқорыту жүйесі» тақырыбында дайындалған бұл оқу құралында соңғы жылдары әдістемімізге еніп жатқан жаңа әдіс-тәсілдер мен жаттығулар, рефлексия мен кері байланыс ойсергектерімен ойындар жинақталған.

Электронды кітаптың жасауда көзделген мақсаттар: оқу процесін үздіксіз және толық деңгейде бақылау, сонымен қатар ақпараттық ізденіс қабілетін дамыту. Білім берудің кез келген саласында электрондық оқулықтарды пайдалану оқушылардың танымдық белсенділігін арттырып қана қоймай, ойлау жүйесін қалыптастыруға шығырмашылықпен еңбек етуге жағдай жасайды.

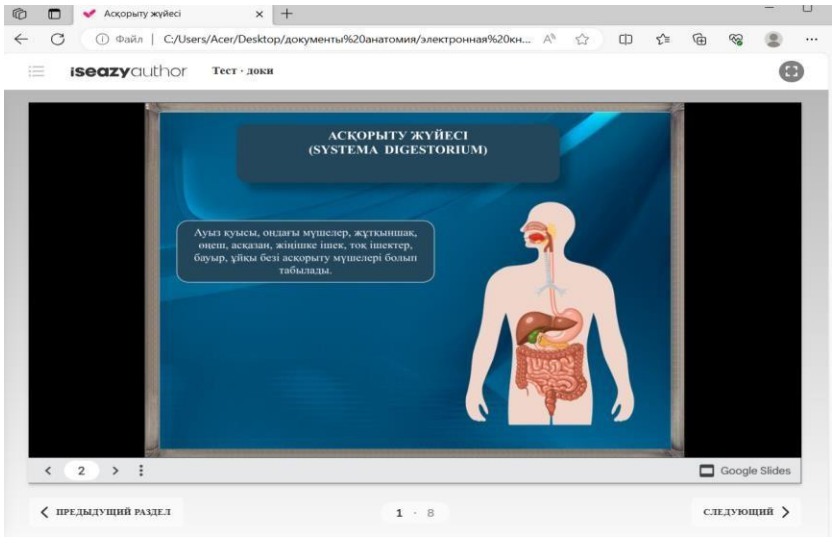
Электронды кітаптың тиімділігі: асқорыту жүйесі туралы көптеген мәліметті бір жүйеде сақтай алуы, қағаз бетіндегі кітаппен салыстырғанда шығару уақыты әлде қайда жылдам,іздеуге жеңілдік тудырады, кез келген уақытта өзгерте қолайлы. Оқытушыларды плакаттарды көтеріп жүру, қағаз бастылықтан арылтады. Қашықтықтан оқытуға, білім алушының өздігінен оқып үйренуге, жұмыс қабілетін дамытуға мүмкіндік бередіЭлектронды оқулығымызға қысқаша

тоқталып өтсем: пайдалануға жеңілдік тудыру, әрі білім алуды қызықтыру мақсатында ақпараттық блоктар ауыз қуысындағы жоғарғы және төменгі жақсүйектеріндегі тістерге орналастырылған.



Сурет 1- **Асқорыту жүйесіне арналған үлгілік жинақ**

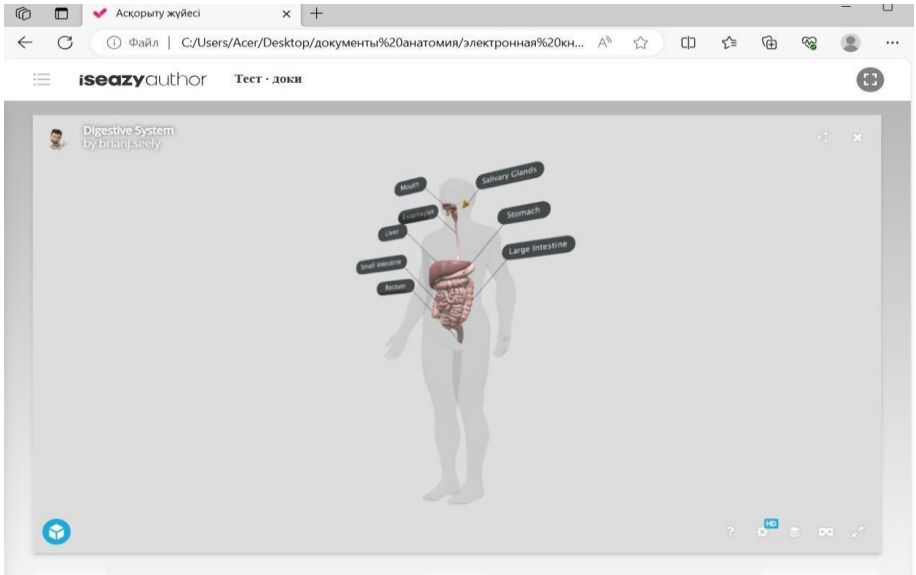
Алғашқы бөлімде электронды дәріс ретінде презентация ұсынылады. Мұнда тақырыпқа сәйкес мәтін мен анатомиялық кескін бейнеленеді. Мысалы: алғашқы слайдта Systema digesrorium (система дигесториум) асқорыту жүйесіне енетін ағзаларды атаймыз, суретте көрсетеміз. Бұл білім алушылардың ақпаратпен бірге, суретті көру арқылы қатар қабылдауына



өте қолайлы. Ауыз қуысындағы келесі тісте ақпараттық видеолар орналастырылған, бұл танымдық видеолар білім алушылардың білім көкжиегін кеңейтеді.

Сурет 2- **Асқорыту жүйесіне слайд**

Келесі бөлімде асқорыту жүйесінің 3 d үлгілік моделі көрсетілген. Бұл модел озық инновациялық технология болып саналады, мұнда адам анатомиясы мен топографиялық анатомиядан асқорыту жүйесі ағзаларының құрылысын, антропометриялық пішінін, тіпті түсінде толық адам мүшелеріне сай көре аламыз, сондай-ақ бұл бағдарламалық өнімді пайдалану анатомиялық материалмен көрнекі таныстырудан және алынған нәтижелерді 360 градус кеңістікте көруге мүмкіндік береді.



Сурет 3- **Асқорыту жүйесінің 3 d үлгілік моделі**

Ауыз қуысындағы келесі тістерде, сабақтың әртүрлі кезеңінде қолдануға арналған бірнеше әдіс-тәсілдер, асқорыту жүйесін жетік меңгеруге жинақталған. Мысалы: онлайн «Тест жұмыстары» орналасқан. Бұл жұмысты күнделікті сабақта қолданған өте тиімді деп айта аламын. Бұл білім алушылардың үй тапсырмасын терең меңгеруге және сабақты бекіту кезеңінде пайдаланған тиімді. Бұл тапсырмада білім алушы дұрыс жауапты белгілей отырып,бағдарлама жауап дұрыс болған жағдайда ғана келесі сұраққа өткізеді. Келесі жаттығу «Word wall» платформасында жүргізілетін «Кездейсоқ шеңбер» әдісі– бұл тапсырмада білім алушыға шеңбер бойындаға кез-келген сұрақ түсуі мүмкін.Жауап берілген сұрақтар шеңберден автоматты түрде

алынып отырылады. Бұл әдіс миға шабуыл ретінде үй тапсырмасын тексеруге қолайлы.Келесі тістегі «QR –код» әдісі– бұл әдіс топтық жұмысқа тиімді. Қазіргі таңда кез-келген білім алушыда заманауи смартфон бар, осы құрылғыны білім жолында тиімді пайдалануға болады. Ол үшін топ басшылары осы QR –кодты сканерлеп,тікелей тапсырма сілтемесіне өтеді. Бұл тапсырмада сұрақтардың жауабын табу арқылы, уақытқа, жылдамдыққа жұмыс жасайды. Алғаш болып жұмысты дұрыс аяқтаған топқа, экранда мотивациялық сөз көрінеді. Осы арқылы білім алушыларды бағалап,топтар арасында бәсекелестік орната отырып, білім алушыларды шапшаңдық пен нақтылыққа тәрбиелейміз. Бұл тістегі тапсырма «Анатомиялық шекара» әдісі. Білім алушылар асқорыту жүйесі ағзаларын латын тілінде көрсетілген геоаймақты тауып белгілейді. Бұл білім алушыларды сын тұрғысынан ойлауға, шығармашылық қабілетін дамытуға, сондай-ақ есте сақтау қабілетін дамытуға көмектеседі. «Ассоциация» әдісі, бұл әдісте білім алушылар А-топшадағы мәтінді, Б-топшадағы суретпен байланыстырады. Дұрыс тапқан жағдайда сәйкестік белгісі шығады. Бұл әдіс сын тұрғысынан ойлана алатын жеке тұлғаны қалыптастыра алады. Бұл тапсырманы жұпта,топта,жекелей сабақты пысықтау кезеңінде пайдаланған тиімді. «Сөздер стратегиясы» әдісі– бұл әдісте білім алушы асқорыту жүйесіне қатысты мәтін құрайды, яғни мәтінде қалып қойған тіркестерді қою арқылы. Мәтінді құрау барысында логикалық ойлау іске қосылады. Бұл мәтіннің мазмұнын топта, жұпта ақылдасып, талқылайды. Білім алушының сөздік қорын, тілін, қиялын дамытады. «Дұрыс-бұрыс» әдісінде білім алушы ауыз қуысы ағзаларының латынша атауын,басқа асқорыту ағзаларынан бөліп,топтасытрады. Бұл әдісті сабақтың пысықтау кезеңінде пайдаланған өз тиімділігін береді. «Баспалдақ» әдісінде асқорыту жүйесі ағзаларын латын тілінде ретімен орналастырады.Жылдамдық пен алғырлықты тексеру мақсатында, сабақтың пысықтау кезеңінде, топтық жұмыс ретінде пайдаланған тиімді. «Жасырын сөздер» әдісінде сұрақтардың жауаптары жасырын түрде болады. 6 рет дұрыс жауабын табуға мүмкіндік беріледі. Егер жазылған сөзде дұрыс жауапқа жақын әріптер болса сары,толықтай дұрыс жауап болса жасыл түске енеді. Бұл әдіс идеяларды қортындылау және кері байланыс жасау барысында өз тиімділігін көрсетеді. «Төрт кезең» әдісінде 4 кезең бойынша тест сұрақтары беріледі.Тест сұрақтарының дұрыс жауабын платформа автоматты түрде тексеріп,уақытқа сәйкес балдық жүйемен бағалайды.Бұл тапсырма ой жүйріктігін арттырады, шапшаң ойлауға және нақтылыққа үйретеді. «Лездеме» әдісінде берілген тірек сөздерді сипаттамасына сәйкес жауаптарына сәйкестендіру керек. Бұл әдіс білім алушылардың сөздерді дәлдікпен пайдалануды,ойын дұрыс қортындылауды үйретеді.

«Шеңберлі әріптер» әдісі, бұл әдіс шеңбер бойымен шеңбер бойымен орналасқан латын әріптерінен сөз құрау, яғни берілген сұрақтың жауабын латыфн әрпімен жазу. Бұл ойын тілді меңгеру,шығармашылықты арттыруды үйретеді. «Сөзжұмбақ» әдісі, бұл әдісте білім алушы сұрақтардың жауабын графикалық түрде белгілі бір тәртіппен орналастырады. Бұл тапсырманы сабақтың кез-келген кезеңінде, топтық және жұптық жұмыс ретінде орындау тиімді. Келесі тісте орналасқан жаттығу «Анатомиялық шекара» әдісі– бұл әдісті сабақтың пысықтау кезеңінде өзіндік жұмыс ретінде орындаған тиімді,яғни білім алушы асқорыту жүйесі ағзаларын қазақ тіліндегі атауларын геоаймаққа орналастырады.Келесі тістерде орналасқан бұл әдіс «ДЖИГСО» деп аталады.Бұл әдіс арқылы сабақтың бекіту кезеңінде жұппен немесе топпен орындау тиімді.Бұл әдісте суреттің бөліктерін құрай отырып, жинақталған суретке сипаттама береді.Бұл әдіс білім алушыларда сыни,байыппен,шығармашыл бірлесіп ойлауға ынталандырады, жадыны дамытады.

Қорытынды. Осы секілді электронды кітапшаны әр педогог өз сабағында пайдаланса, сабақ жандана түспек. Ол үшін әрбір ұстаз – ақпараттық шығармашылық ізденісті тоқтатпау керек.

Бұл секілді цифрлық құралдар оқыту нәтижесін жақсарта алады, алайда оқытудың негізгі принциптерін толықтай алмастырмауы тиіс. Олай болса, оқу – тәрбие ісінің табысты, білімнің берік болуы оқытушы сабаққа мұқият дайындығына байланысты. Қазіргі жағдайындағы білім берудің ұлттық моделіне өту оқыту мен тәрбиелеудің соңғы әдіс-тәсілдерін, инновациялық педагогикалық технологияны игерген, психологиялық-педагогикалық диагностиканы қабылдай алатын, педагогикалық жұмыста қалыптасқан бұрынғы ескі сүрлеуден тез арада арылуға қабілетті және нақты тәжірибелік іс-әрекет үстінде өзіндік дағдылы жол салуға икемді, шығармашыл педагог-зерттеуші, ойшыл мұғалім болуын қажет етеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Ә.О.Кузенбаева, Д.А.Дәулетбаев медицина колледждерінің студенттеріне арналған оқулық «Адам анатомиясының атласы» Алматы, 2011 ж. 83-102 беттер.
2. Ж.К.Ермаханұлы «Тәнтану» Алматы, 2004 ж. 192-227 беттер.
3. Р.Д. Синельников «Атлас анатомии человека» 2001 ж. 9-93 беттер.
4. Т.Нұрғазыұлы «Педогог-инноватор» Алматы, 2023 ж . 11-12 беттер.
5. Под редакцией профессора И.В.Гайворонского «Анатомия и физиология человека»

Иллюстрированный учебник. Москва 2019 ж, 220-265 беттер.

6. Р.П.Самусев, Ю.М.Селин «Анатомия человека» Москва, 1995 ж. 200-240 беттер.
7. Ә.Күзенбаева «Адам анатомиясы» Алматы, 2001ж. 71-92 беттер.
8. В.Н. Тонков «Учебник анатомии человека» 1962ж. 113-128 стр.
9. Т.А. Момынов «Медициналық сөздік» Алматы, 1999ж. 83-87 беттер.
10. М.Р. Сапин «Руководство к практическим занятиям по анатомии человека» 1992ж. 76-79 беттер.

ӘОЖ 616-2-072.

Мустапаева Г.А., Толебаева Г.Е., Есетова А.А., Мусаева С.К., Муминова Р.К.
«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ОҚМА СТУДЕНТТЕРІНДЕ АСТЕНИЯЛЫҚ СИНДРОМ ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ

Анотация

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжамынша, 2020 жылға қарай астениялық бұзылулар мен депрессия жүрек-қан тамырлары ауруларынан кейін 2-орынға шығады [1]. Астения патологиялық жағдай болып табылатынын және мамандардың ерекше назарын қажет ететінін есте ұстау қажет, өйткені астениялық бұзылулар анағұрлым күрделі психикалық және неврологиялық бұзылулардың бастапқы сатысы болып есептеледі [2,3]. Ең бастысы, адамның дер кезінде дәрігерге астениямен жүгінуі және дұрыс таңдалған емдеу қысқа мерзімде кәдімгі өмірге қайтарылады [4,5]. Студенттердің көп санының (48%) аздап шаршау белгілері болғанын негізге ала отырып, алдын алу және емдеу іс-шараларын бірінші кезеңде бастау үшін оқытушылар мен студенттердің назарын астенияның бастапқы белгілеріне аудару қажет.

Кілт сөздер: *астениялық синдром, ұйқының бұзылуы, мотивацияның төмендеуі, өмірлік факторлар, сауалнама.*

Мустапаева Г.А., Толебаева Г.Е., Есетова А.А., Мусаева С.К., Муминова Р.К.

АО «ЮКМА», Шымкент, Казахстан

ФАКТОРЫ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ ЮКМА

Аннотация

По прогнозам всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. астенические расстройства и депрессия по частоте встречаемости выйдут на 2-е место после сердечно - сосудистых заболеваний [1]. Необходимо помнить, что астения является патологическим состоянием и требует особого внимания специалистов, поскольку именно астенические расстройства считаются начальной стадией более сложных психических и неврологических расстройств [2,3]. Самое главное, что своевременное обращение человека с астенией к врачу и правильно подобранное лечение вернут к обычной жизни в короткий срок [4,5]. Выявлено, что наличие астении было связано с факторами жизни студента, такими как наличие собственной семьи, обучение на коммерческой основе и дополнительнае подработки. Исходя из того, что большое число студентов (48%) имели признаки немного повышенной утомляемости, необходимо обращать внимание преподавателей и студентов на начальные признаки астении, чтобы на первых этапах начинать профилактические и лечебные мероприятия.

Ключевые слова: *астенический синдром, нарушение сна, снижение мотивации, факторы жизни, опросник.*

Mustapaeva G.A., Tolebaeva G.E., Esetova A.A., Musaeva S.K., Muminova R.K.
JCS «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

FACTORS OF ASTHENIC SYNDROME IN UKMA STUDENTS

Annotation

According to the forecasts of the World Health Organization, by 2020, asthenic disorders and depression in frequency of occurrence will reach the 2nd place after cardiovascular diseases [1]. It should be remembered that asthenia is a pathological condition and requires special attention of specialists, since it is asthenic disorders that are considered the initial stage of more complex mental and neurological disorders [2,3]. The most important thing is that timely treatment of a person with asthenia to a doctor and properly selected treatment will return to normal life in a short time [4,5]. It was revealed that the presence of asthenia was associated with the factors of the student's life, such as

having his own family, studying on a commercial basis and additional part-time work. Based on the fact that a large number of students (48%) had signs of slightly increased fatigue, it is necessary to draw the attention of teachers and students to the initial signs of asthenia in order to begin preventive and therapeutic measures at the first stages.

Keywords: *asthenic syndrome, sleep disorder, decreased motivation, life factors, questionnaire.*

Кіріспе. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжамынша, 2020 жылға қарай астениялық бұзылулар мен депрессия жүрек-қан тамырлары ауруларынан кейін 2-орынға шығады [1]. Астения патологиялық жағдай болып табылатынын және мамандардың ерекше назарын қажет ететінін есте ұстау қажет, өйткені астениялық бұзылулар анағұрлым күрделі психикалық және неврологиялық бұзылулардың бастапқы сатысы болып есептеледі [2,3]. Ең бастысы, адамның дер кезінде дәрігерге астениямен жүгінуі және дұрыс таңдалған емдеу қысқа мерзімде кәдімгі өмірге қайтарылады [4,5].

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы студенттерінің өмір сүру факторларына талдау жүргізу және астенияны бағалаудың субъективті шкаласын пайдалана отырып, астениялық синдромның болуын анықтау (MFI20).

Зерттеу материалдары мен әдістері. Сауалнамадан және сауалнама жүргізуден Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының жалпы медицина факультетінің 54 студенті өтті. Студенттер кездейсоқ іріктеліп алынды. Астениялық бұзылуларды тудыратын өмірлік факторлар бойынша сауалнама жүргізілді. Олардың асқыну туралы пікірлері зерделенді, оған тітіркендіргіштік, қатты шаршағандық, көңіл-күйдің өзгеруі, ұйқының бұзылуы, түнде ұйқысыздық, күндіз қобалжу, сондай-ақ кейбір студенттерде астениялық ауытқулар байқалды. Астенияны бағалау үшін астенияны бағалаудың субьективті шкаласын пайдаланды (MFI20).

Шкала 20 сұрақтан тұрады:

1. Мен өзімді сау сезінемін
2. Мен физикалық тұрғыдан аз нәрсеге қабілеттімін
3. Мен өзімді белсенді сезінемін
4. Менің істеп жүрген істерімнің бәрі маған қуаныш сыйлайды
5. Мен өзімді шаршаған сезінемін
6. Мен бір күнде көп нәрсеге үлгеріп жүрмін деп ойлаймын
7. Мен бір нәрсемен айналысатын болсам, соған зейін қоя аламын

8. Мен физикалық тұрғыдан көп нәрсеге қабілеттімін
9. Мен істеу керек істерден қорқамын
10. Менің ойымша, бір күнде өте аз жұмыс істеймін
11. Мен назарды жақсы шоғырландыра аламын
12. Мен өзімді демалғандай сезінемін
13. Маған назар аудару үшін көп күш-жігер қажет
14. Физикалық тұрғыдан мен өзімді нашар сезінемін
15. Менің жоспарларым көп
16. Мен тез шаршаймын
17. Мен өте аз жұмыс істеп жүрмін
18. Мен ештеңе істемеймін деп ойлаймын
19. Менің ойым оңай шашырайды
20. Физикалық тұрғыдан мен өзімді керемет күйде сезінемін

Әрбір мәселеде бес балдық шкала бойынша өз жағдайына осы бекітудің қолданылу дәрежесін бағалау қажет болды.

Зерттеу нәтижелері.

Сауалнама нәтижелері бойынша Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының жалпы медицина факультеті студенттерінің астениялық ауытқуларына талдау жүргізілді, сондай-ақ студенттердің жынысы мен жасы сияқты көрсеткіштер ескерілді (1-кесте). Студенттердің 74% -ы 21-22 жаста, қалған студенттер 23-24 жаста болған.

Кесте 1 - **Сауалнама жасына қарай бөлу.**

№	Жасы, жылдар	Адам саны	Пациенттердің салыстырмалы үлесі,%
1	21-22	40	74%
2	23-24	14	26%
Барлығы:		54	100%

Жынысы бойынша зерттеу нәтижелері бойынша айтарлықтай айырмашылық байқалмаған (1-сурет).

Сурет 1- **Сауалнама жүргізілетіндердің жынысы бойынша бөлу.**

Содан кейін алынған барлық жауаптарға талдау жасалды: жалпы өсім (№ 1, 5, 12, 16 сұрақтар бағаланды); белсенділігі төмендеген (№ 3, 6, 10, 17 сұрақтар); уәждемені төмендету (№ 4, 9, 15, 18-сұрақтар); физикалық өсу (№ 2, 8, 14, 20-сұрақ); психикалық өсу (№ 7, 11, 13, 19 сұрақтар), сондай-ақ жалпы жиынтық балл 20-30 бірліктен аспауы тиіс. Егер студент қандай да бір субшкала бойынша 12 баллдан астам жинаса, онда адамда «астениялық синдром» байқалады деп алдын ала айтуға болады. Зерттеу барысында сауалнамаға қатысушылардың реттік нөмірлері 8, 14, 24, 28, 39, 47 (6 адам) орташа көрінген және айқын байқалатыны, әйел жынысты тұлғалардың басым екені анықталды (2-кесте). 26 студентте аздап шаршағыштық байқалды, ол әйел адамдарда басым болды (77%). Оны әйелдердің ахуалдық стресске неғұрлым бейім екендігімен негіздеуге болады. Сонымен қатар, нәтижелер алдағы сессиямен байланысты, бұл студенттердің психологиялық жағдайына кері әсерін тигізді.

Кесте 2. **Студенттерде субшкалдар бойынша ортаңғы айқын және айқын астения байқалды**

Қатысушының реттік нөмірі	Қорытынды балл	Жалпы астения (тармақтар: 1, 5, 12,	Физикалық астения (тармақта	Төмендетілген белсенділік (тармақтар:	Мотивациялардың төмендеуі (тармақтар: 4, 9, 15, 18)	Психикалық астения (тармақта

		16)	р: 2, 8, 14, 20)	3, 6, 10, 17)		р: 7, 11, 13, 19)
8, ер	59	13	9	15	14	8
14, ер	60	14	9	15	14	8
24, әйел	61	12	11	16	7	15
28, әйел	63	13	12	16	7	15
39, әйел	78	18	18	17	12	13
47, әйел	80	18	18	18	13	13

Кесте 3. **Астенияны бағалаудың субъективті шкаласы бойынша студенттерде астенияның болуы және айқындылығы (MFI20).**

	Астениялық симптоматиканың болмауы	Біршама шаршау	Орташа көрінетін астения	Қатты көрінетін астения
Ер	14 (63%)	6 (27%)	2 (1%)	0
Әйел	8 (25%)	20 (63%)	2 (6%)	2 (6%)

Астениялық жағдайдың таралуы мен айқындылығының нәтижелерін талдай отырып, студенттің 41% (22/54) астениялық жағдайдың белгілері жоқ екендігі анықталды (3-кесте). Студенттердің 48% -ында (26/54) нашар өсу белгілері анықталған. Бар болғаны 11% -да (6/54) орта көріністі және айқын байқалған астения белгілері анықталған. Астения әйел адамдарда 59% (32/54) басым болды. Оны әйелдердің ахуалдық стресске неғұрлым бейім екендігімен негіздеуге болады. Сонымен қатар, нәтижелер алдағы сессиямен байланысты, бұл студенттердің психологиялық жағдайына кері әсерін тигізді.

Кесте 4. **Астенияның өмірдің кейбір факторларымен байланысы**

	Комм. негізде оқу	Грант негізде оқу	Бос, тұрмыста емес	Үйленген, тұрмыс құрған	Қосымша жұмыс жасау	Қосымша жұмыс жоқ
Ер, 22	7 (32)%	15 (68%)	18 (82%)	4 (18%)	9 (41%)	13 (59%)
Әйел, 32	12 (38%)	20 (62%)	14 (43%)	18 (57%)	17 (53%)	15 (47%)

Барлық 54 студенттің 65% -ы бюджеттік негізде, 35% -ы коммерциялық негізде оқиды. Студенттердің 60% -ының өз отбасы бар, және осы студенттерде әр түрлі дәрежедегі астениялық

симптоматика (4-кесте) байқалды. Қосымша жұмыстармен студенттердің жартысы айналысады, бұл осы санаттағы сауалнама жүргізушілердің өсуімен байланысты.

Қорытындылар. Зерттеу барысында студенттердің басым көпшілігінде астенияның тең арақатынасында «әлсіз астения» белгілері болмағаны анықталды. Орта және айқын дәрежедегі астениялық ауытқулар анықталған 6 қатысушының барлығы барлық субшкалдардан тұрады. Сондай-ақ әйел адамдардың астениялық жағдайлары жиі кездесетіні анықталды. Астенияның болуы студенттің өз отбасының болуы, коммерциялық негізде оқыту және қосымша жұмыс істеу сияқты өмір сүру факторларына байланысты болғаны анықталды. Студенттердің көп санының (48%) аздап шаршау белгілері болғанын негізге ала отырып, алдын алу және емдеу іс-шараларын бірінші кезеңде бастау үшін оқытушылар мен студенттердің назарын астенияның бастапқы белгілеріне аудару қажет.

Әдебиеттер тізімі

1. Путилина Марина Викторовна Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии // Нервные болезни. 2013. No4. – С. 26

2. Астенические расстройства студентов кгму по субъективной шкале оценки астении (mfi-20) Абрамова А.Е. Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия, 2022 г.

3. Фаустова, Ю.П. Взаимосвязь депрессии и астении у студентов / Ю.П. Фаустова // Аллея науки. – 2020. – Т. 1, № 12(51). – С. 183-189.

4. Шутеева, Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные методы коррекции / Т.В. Шутеева // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 4-2. – С. 80-84

5. Путилина М. В. Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии // Нервные болезни. 2018. № 4. С.26–33 [Putilina M. V. Astenicheskie rasstr ojstva v obshemidicinskoj praktike. Algoritmi diagnostiki i terapii // Nervnie bolezni. 201. № 4. S.26–33 (in Russian)].

Жақашбаева У.М., Дүйсенбі З.Б.
«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ЖОО-ДА ҚАЗАҚ ТІЛІН ОҚЫТУДЫҢ ҚАРАПАЙЫМ ӘДІСІ

Аннотация

Мақалада ЖОО-да қазақ тілі сабағы үдерісінде қолдануға тиімді қазақ тілін меңгерудің қарапайым деңгейінде, әдіс-тәсілдердің маңыздылығы мен құзыреттілігі жөнінде жазылған. Еліміздің шет елдермен қарым-қатынасымыз күшейіп отырған қазіргі кезде шетел студенттерін қазақ тіліне қызығуын, білімге құштарлығын ояту, танымдық белсенділігін арттыру әрбір қазақ тілі оқытушысының міндеті. Шәкірттерінің сабақтағы белсенді іс-әрекеттерін ұйымдастыру, ойлау, шығармашылық, ізденіс қабілеттерін дамыту арқылы білім сапасын көтеруде оқытудың жаңа технологияны пайдаланудың мәні зор.

***Кілт сөздер**: қазақ тілі, студент, kahoot, memrise, фонетика, сөз таптары, тыңдалым, оқылым, жазылым, айтылым.*

ӘОЖ 811.512.122:004

Жакашбаева У. М., Понедельник З. Б.
АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

ПРОСТОЙ СПОСОБ ОБУЧЕНИЯ КАЗАХСКОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗЕ

Аннотация

В статье написано о важности и компетентности методов изучения казахского языка на начальном уровне, которые эффективны для использования в процессе урока казахского языка в вузе. В настоящее время, когда укрепляются связи нашей страны с зарубежными странами, долг каждого преподавателя казахского языка - пробуждать интерес иностранных учащихся к казахскому языку, их стремление к обучению, повышать их познавательную активность. Обоснована важность использования новых технологий в обучении для повышения качества образования за счет организации активной деятельности учащихся на уроке, развития мышления, творчества, исследовательских способностей.

***Ключевые слова:** казахский язык, студент, kahoot, memrise, фонетика, словесные занятия, аудирование, чтение, правописание, произношение.*

Zhakashbaeva U.M., Duisenbi Z.B.
JCS «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

A SIMPLE METHOD OF TEACHING THE KAZAKH LANGUAGE AT A UNIVERSITY

Аннотация

The article writes about the importance and competence of the methods of learning the Kazakh language at the initial level, which are effective for use in the process of teaching the Kazakh language at the university. At present, when the ties of our country with foreign countries are being strengthened, the duty of every teacher of the Kazakh language is to arouse the interest of foreign students in the Kazakh language, their desire for learning, and increase their cognitive activity. The importance of using new technologies in teaching to improve the quality of education through the organization of active activity of students in the classroom, the development of thinking, creativity, and research abilities is substantiated.

Key words: *Kazakh language, student, kahoot, memrise, phonetics, word classes, listening, reading, spelling, pronunciation.*

Тіл байлығы - сөз байлығы. Ал сөз байлығы әр адамның лексикасындағы қолданылатын сөздердің санымен байланысты болғанымен, негізгі байлық – ой байлығы, сол сөздерді қиюластырып, әсем де әсерлі ой мұнарасын қалай түзуге болады. Сөзді көп біліп, бірақ оны орынды, ойлы, образды жұмсай алмасаң, одан не пайда? Ал сөзге көп мағына сыйғызып, әр сөздің мән-мазмұнын, стильдік бояуын дөп басып беру ойлау қабілетімен, оның шығармашылық сипатымен ұштасып жатады.Ой байлығына жету үшін тіл дамуының кешегісі мен бүгінгісін, лексикалық қабаттың баю, толығу жолдарын, тілде пайда болған жаңа құбылыстардың өміршеңдігін, бір сөзбен айтқанда, тілдің ішкі, сыртқы мүмкіншілігін жақсы меңгеріп, оған қамқорлықпен, жанашыр көзбен қадағалап отыру керек.

Мемлекеттік тіл мәселесі - өте маңызды, мемлекеттік мәні бар мәселе. Осы орайда мемлекеттік тілді дамыту, оның қолдану аясын одан әрі кеңейту және мәртебесін көтеру мәселесін барлық жерде кеңінен қолға алып, тікелей ұйымдастыру іс-шараларын жүргізу қажеттігін тұрақты күн тәртібіне қою керек. Қазақ тілін оқыту әдістемесі туралы сөз болғанда бұл проблеманың ішінен басқа ұлт өкілдеріне қазақ тілін оқыту мәселесін жеке бөліп қарастырмаса болмайды. «Тіл қарым-қатынас құралы. Сондықтан оған тән белгілерді сөйлем шекарасынан шығып, тыңдаушы, сөйлеуші жағдай, стиль сияқты уәждемелерді қамти отырып, анықтауға болады» (1,24).

ЖОО-да тіл үйрету орталықтарында тілді үйрету, оқыту сабақтары міндетті түрде білім алушының деңгейіне сәйкес жүргізіледі. Яғни, әлемдік стандартқа сәйкес А1, А2, В1, В2, С1, С2 деңгейлері бойынша. Бұлай оқытудың тиімділігі: аудиторияда отырған білім алушылардың тілді білу деңгейлері бірдей, сондықтан оларға сол деңгейде ғана сабақ жүргізіп, тіл үйрету қиынға соқпайды және білім алушыларды бағалағанда да тепе-теңдік сақталады. Екіншіден, студент санының 10-12 студенттен артпауы. Студент санының аздығы тілді тез үйреніп-меңгеруге мол мүмкіндік береді.

Осыған орай тілді үйренуші азаматтар үшін тіл үйренуде өз ойын пайымдап, оны айта біліп, сөздер мен сөз тіркестерді тақырыбына сәйкес мағынасы мен қолдану саласына қарай топтастыра білуі, сонымен қатар тілдік бірліктерді дұрыс қолдана алуы сияқты талаптар анықталады.

Қарапайым деңгейде тіл қолданушы қатысым барысында күнделікті тұрмыстық, әлеуметтік-тұрмыстық және мәдени-әлеуметтік салаларға байланысты шағын диалогтерге қатыса алады. ЖОО-дағы тілді оқыту барысында тіл үйренуші күнделікті тұрмыста қолданылатын тілдік материалдарды меңгеруі қажет.

Қазақ тілін қарапайым деңгейде меңгеруі үшін 100-120 оқу сағатынан кем бөлінбеуі тиіс.

Тіл қолданушы:

- баяу, анық айтылған ақпаратты түсінеді;

- шағын мәтіндерді оқып, мазмұнын түсінеді;

-ұсынылатын құжаттарды үлгі бойынша толтырып, осы деңгейдің мазмұнына сәйкес жазба жұмыстарын (шағын эссе, бақылау үшін жазба жұмыстары) орындай алады;

- ақпарат алу/беру сұхбатына, сұрақ-жауапқа қатыса алады.

Қарапайым деңгейдегі сөздер мен сөз тіркестері 800 тілдік бірлікті құрайды. Қазақ тілін қарапайым деңгей көлемінде меңгерудің сипаттамасы сөйлеу әрекеттері бойынша төменде көрсетілген.

Тыңдалым: Тіл қолданушы жай, баяу, анық айтылған сөздерді түсінеді, қарапайым нұсқауларды орындай алады. Тіл қолданушы тыңдау арқылы диалогке қатысушылардың коммуникативтік ниетін түсіне білуі керек. Мазмұны күнделікті-тұрмыстық, әлеуметтік-тұрмыстық салалардағы қатысымда жиі кездесетін тақырыптар көлемі 4-10 бет. Сөйлеу қарқыны минутына 120-150 буын болуы керек. Мәтіндер қарапайым деңгейге сай лексика-грамматикалық материалдар негізінде арнайы құрастырылған, бейімделген және логикалық жағынан аяқталған

болуы тиіс. Мәтін көлемі 40-50 сөз. Сөйлеу қарқыны минутына 100-120 буын. Тыңдалуы 1 рет, таныс емес сөздер көлемі 1-5 %.

Оқылым: Тіл қолданушы қысқа қарапайым мәтіндерді (қарапайым қысқа сипаттамаларды, суреттер арқылы берілген сипаттамаларды, қарапайым және қысқа жазбаша құрылымдарды, ресми құжаттардың қарапайым үлгілерін (қысқа ашық хаттарды, хабарландыруларды), таныс есімдер мен сөздерді жай сөйлемдерді) оқи алады. Тіл қолданушы қарапайым деңгейге сәйкес келетін мәтіндерді оқып, олардың жалпы мазмұнын түсіне білуі керек; мәтіннің мазмұны бойынша тақырыбын анықтайды; мәтін мазмұнына сәйкес негізгі ақпаратты ажырата алады. Мәтін көлемі 80-100 сөз. Таныс емес сөздер көлемі 5-7%.

Жазылым: Тіл қолданушы өзі, жұмысы мен таныс адамдары және мекен жайы туралы, жай сөйлемдер мен фразаларды жаза алады. Тіл қолданушы бір-бірімен байланыссыз жай сөйлемдерді жаза алады. Тіл қолданушы бірнеше рет тыңдалған немесе оқылған мәтінді сауатты жазуы, берілген сұрақтарға сүйене отырып, көрсетілген коммуникативтік тапсырмаға сай, ұсынылған тақырып бойынша өз атынан жазбаша мәтін 13 (репродуктивті сипаттағы) құрай білуі тиіс. Репродуктивті мәтін көлемі 80-100 сөз. Тыңдалуы 3 рет. Таныс емес сөздер көлемі 1-2%.

Айтылым: Тіл қолданушы таныс тақырыптар аясында сұрақ қойып, жауап бере алады. Өзіне бағытталған қарапайым лебіздерді түсіне алады. Тіл қолданушы өзі және басқа адамдар (мекенжайы, қызметі, өмірбаяны) туралы айта алады; алдын ала дайындалған хабарламаларды таныстыра алады. Диалог - сұхбаттасушының айтқанын және мақсатын түсіне білуі қажет; - диалог құра білуі тиіс (сұрақ қояды, сұраққа жауап береді). Монолог - тіл қолданушы қарапайым деңгейдің тілдік материалдары көлемінде берілген тақырыпқа сәйкес өз бетінше әңгімелей алуы тиіс; - тіл қолданушы оқыған мәтінінің мазмұнын баяндай білуі тиіс. Айтылым көлемі 7-8 сөйлем. Мәтін түрі арнайы құрастырылған немесе бейімделген сюжеттік мәтіндер (қарапайым деңгейге сәйкес лексикалық грамматикалық материалдар негізінде). Мәтін көлемі 70-100 сөз.

Тілді үйренудің қарапайым деңгейіне қойылатын талаптар:

- коммуникацияға қатысу (үйде, көшеде, жұмыста, кеңседе, дүкенде, қоғамдық көлікте, қоғамдық және тұрмыстық қызмет көрсету орындарында);

- танысу түрлері (ресми және бейресми жағдайда өзін және басқа адамды таныстыру);

- сәлемдесу және қоштасу түрлері (сұхбаттасушының жас ерекшелігі мен әлеуметтік орны және сөйлеу әдебіне сәйкес);

- қаратпа сөз түрлері (есімін, толық аты-жөнін айту, жеке қатысымдағы қаратпа сөздер);

- кешірім сұрау түрлері; - құттықтау түрлері (мерекелер, туған күн).

Тіл қолданушының білуі тиіс сөйлеу әдебі формулалары:

- Танысу кезіндегі қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Кездескенде, қоштасқанда, қаратпаларда қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Алғыс айту, кешірім сұрау кезінде қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Өтініш айтқанда қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Кеңес беру кезінде қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Шақыру кезінде қолданылатын сөйлеу әдебі;
- Құттықтау кезінде қолданылатын сөйлеу әдебі.

Сөйлеу әрекетінің түрлеріне қойылатын талаптар:

Жастар ұлттың болашағы, қоғамның әлеуметтік байлығы, біз олардың адамзаттық жоғары парасаттылығын, ақылдылық пен білімділігін, адамгершілік негізін қалыптастыра отырып, қарапайым деңгейінде тілді үйретудің жолдарымен таныстыра білуіміз керек.

Тілдік құзыреттілік мазмұны тіл қолданушының оның ішінде алыс шетел топтарына қарапайым деңгейде тілдік құзыреттілігі тілді меңгерудің қарапайым деңгейіне арналған лексикалық, грамматикалық, фонетикалық тілдік бірліктерді білуі және оларды нақты коммуникативтік жағдаяттарда қолдана алуы арқылы қалыптасады.

Алыс шетел топтарын қазақ тілі сабағына қызықтыра отырып, алдымен жеңіл сөздерді жаттатуға, айтқызуға үйрету. Сонымен қатар қазақ тілінің грамматикасын төмендегідей мысалдарымен қарастыру.

Тілдік құзыреттіліктің фонетика, сөзжасам, морфология, синтаксис және лексика салалары бойынша мазмұны төменде берілген.

Тіл білімінің салалары: **Фонетика** - әліпби және оның құрамы. Қазақ дыбыстарының айтылуы мен жазылуы. Дауысты және дауыссыз дыбыстардың жіктелуі. Үндестік заңы. Дыбыс үндестігі. Буын үндестігі. Жалпы модальді сөйлемдердің интонациялық құрылымы.

Сөз құрамы Қосымшалардың орын тәртібі. Түбір сөз + жұрнақ + көптік жалғау + тәуелдік жалғау + септік жалғау + жіктік жалғау. Негіз және қосымша (жалғау): қала – қалалар. Сөздің негізі – түбір және жұрнақ: біл – білім – білімді. Жұрнақтар арқылы жасалған жиі қолданыстағы сөздер: ән – әнші, тыңдау – тыңдаушы, көңіл – көңілді

Сөз таптары. Зат есім - жалпы есім, жалқы есім; - зат есімнің көптелуі (қызметкер - қызметкерлер); - зат есімнің жекеше түріндегі тәуелдік мағынасы (менің отбасым); - зат есімнің жекеше түріндегі жақтық мағына (Мен – аудармашымын); - зат есімнің септелуі.

Сөзжасам және морфология. Септіктердің негізгі мағыналары: Атау септік - қимылдың иесі (Қызметкер жұмыс орнына келді). Ілік септік - меншіктік қарым-қатынас (менің үйім; қазақтың жері; әкемнің ағасы; Абайдың әні); - ай, күн, жыл атауларының берілуі (2014 жылдың 15 тамызы). Барыс септік - іс-қимылдың бағыты (хатты кеңсеге апар). Табыс септік - іс-қимылдың объектісі (Айжанды көрдім.). Жатыс септік - іс-қимылдың мекені, мезгілі (Жазда демалысқа шығамын). Шығыс септік 15 - іс-қимылдың шығу нүктесі (Жаңалықты радиодан естідім). Көмектес септік - іс-қимылдың құралы (ұшақпен келді).

Сын есім. Сын есімнің түрлері: сапалық (әдемі, жаңа, үлкен) және қатыстық (дәмді, білімді). Сын есімнің орын тәртібі: анықталатын сөздің алдында тұрады (әдемі қыз, көгілдір түс).

Сан есім. Есептік сан есім. (1-ден 100-ге дейін). Есептік сан есім мен зат есімнің тіркесі (жүз кітап, елу қағаз). Реттік сан есім (1-ден 100-ге дейін). Реттік сан есім мен зат есімнің тіркесі (жиырма жетінші автобус). Сан есімнің орын тәртібі: нақтыланатын сөздің алдында тұрады (үшінші қабат, екі дос).

Есімдік. Жіктеу есімдіктері (мен, сен, сіз, ол,), олардың септелу ерекшеліктері (менің, менде, менімен). Сілтеу есімдіктері (бұл, сол, мынау, анау). Сұрау есімдіктері (кім? не? қайда? қашан?). Өздік есімдік (өз, өзім).

Етістік. Етістіктің шақ формалары: осы шақ (нақ осы шақтың жай түрі: аялдамада тұрмын; күрделі түрі: күй тыңдап отырмын); өткен шақ (жедел өткен шақ: Концерт аяқталды); келер шақ/ауыспалы осы шақ: Ақтөбеге барамын). Қалып етістіктердің қолданылу ерекшеліктері. Етістіктің болымсыз түрі. Бұйыру, талап ету формасы (оқы, оқыңыз, оқысын,). Қалау, өтініш формасы (айт + шы= айтшы; сыпайы түрі: беріңіз +ші=беріңізші).

Үстеу. Үстеудің мағыналық топтары: мезгіл үстеу (бүгін, кеше, ертең,), мекен үстеу (жоғары, төмен, алыс, жақын), сын-бейне үстеу (жылдам, тез).

Шылау. Себеп-салдар және қарсылықты, ыңғайластық жалғаулықтар (себебі, туралы, кейін, бірақ, және, да/де/ та/те), мен/бен/пен). Сұраулық шылаулар (ма/ме, па/пе, ба/бе, ша/ше).

Көмекші сөздер. Көмекші есімдер (алдында, артында, астында, үстінде, ішінде, қасында) Модаль сөздер Бар, жоқ, қажет/керек сөздері.

Синтаксис. Жай сөйлем түрлері - хабарлы сөйлем (Кешке жаңбыр жауады); - сұраулы сөйлем (Қашан қабылдайды? Қайда барасыз?); - бұйрық мәнді сөйлем (Ертең кешікпеңіз); - болымсыз сөйлем (Жиналыс болмайды); - жалаң сөйлем (Ата-анам ауылда тұрады. Олар сөйлесіп отыр); - жайылма сөйлем: мезгілді, нысанды, мекенді көрсету (Бүгін Асқармен кездестім. Кездесу жазушылар үйінде болды).

Сөйлемдегі сөздердің орын тәртібі. Бастауыш пен баяндауыштын орын тәртібі (Асқар жұмысқа келді). Анықтайтын, нақтылайтын сөздердің орын тәртібі (Асқар жаңа үйде тұрады. Сәуле жиырма бесінші автобуспен келді.).

Лексика. Күнделікті тұрмыстық, әлеуметтік тұрмыстық салаларда қолданылатын сөздер (наурыз, сағат, уақыт, құжат, жұмыс, отбасы, пәтер). Қарапайым деңгейдің лексикалық қоры – 800 тілдік шамасын құрайды. Бұл сөздердің басым бөлігі заттың атын білдіретін сөздер (40%), қимылды білдіретін сөздер (20%) және зат пен қимылдың сынын білдіретін сөздер – үстеулер, сын есімдер (20%), қалған бөлігі – есім сөздер орнына жұмсалатын есімдіктер, көмекші сөздер.

Заманауи білім беру машықтануында инновациялық технологиялар мен әдістерді қолдану тәжірибесінде **Kahoot, Memrise** сайтын интернет қосымшасы арқылы жүктейміз. Бұл сайттар сабақ барысында, студенттердің білімін жетілдіріп, уақытты үнемдеп, әрі қызықты, сапалы етіп өтуге арналған әдістердің бірі.

ЖОО-да білім беретін ұйымдарда **Kahoot** бағдарламасын қондыру арқылы топ студенттермен жұмыс жасау өте қолайлы әрі тиімді болып табылады.

Бұл әдісті пайдаланудың екі тиімді жағы бар: біріншіден оқытушы мен студент арасында тығыз байланыс орнайды, екіншіден студент арасында бәсекелестік туындап, тиімді шешу жолдарын ұсынып, жаңа мәліметтер мен тақырыпты толық ашуға қызығушылығын оятады:

- Ынталандыру деңгейі жоғарылайды, өйткені бағалау уақыты аяқталғаннан кейін студенттер турнир кестесінде орналасады.
- Сабақта мазасыздық атмосферасы жоқ, өйткені бағалау ойын түрінде болады.
- Ойын оқу процесіне эмоциялар әкелуге көмектеседі-ойын механикасы, Музыка және визуалды дизайн арқылы студенттерге өз мүмкіндіктерін ашуға көмектесетін есте қаларлық сәттер жасайды.

Зерттеуді қорытындылай келе, **Kahoot** бағдарламасын қолданылған топ студенттері сабаққа көбірек зейін қойып белсенді қатысады.

Memrise – флеш-карточкалармен жабдықталған сөздік қорды байытуға арналған пайдалы сайт. Ассоциативті әдіс жаңа сөздердің адамның жадында ұзақ сақталуына мүмкіндік береді. Сайтта сіз әртүрлі курстар таба аласыз. Жаңа сөздерді үйрену арқылы сіз «гүлдер өсіресіз». Тұқым отырғызу, суару және т.б. Басты мәселе - сіз таныс емес сөздерге мемдер жасап, ағылшын тілімен байланыстырасыз. Мемдерді өзіміз жасаған жоқпыз, біз басқа қолданушылардың туындыларын қолданамыз. Сіз осылай гүлдер өсіресіз: басында сіз сөздердің мағынасын жаттайсыз, содан кейін оны қайталаңыз. Дұрыс жауабын нұқыңыз, сөз тіркесін тыңдай отырып, аударманы өзіңіз жазыңыз, тізімнен дұрыс жауапты таңдаңыз.

Қазіргі кезеңде барлық мемлекет білім беру мәселесіне айрықша назар аударып отыр. Өйткені қазіргі заманның талабы бойынша жоғары білікті, бәсекеге қабілетті мамандарды даярлау – қай мемлекетте болмасын білім беру технологияларының жоғары дәрежеде жетілгендігінің көрсеткіші.

Ғалым Ф. Оразбаева: «Тілдік қатынас – жай ғана қарым-қатынас дегеннен гөрі тамыры тереңге кеткен, өмірде өзіндік орны бар, қоғамның дамуы үшін қажетті қоғамдық-әлеуметтік ақпараттардың жиынтығы арқылы адамдардың бір-бірімен пікір алмасуы, адамдар қатынасының түп қазығы дегенді білдіреді»[3,8] -дейді. Берілген анықтама бойынша тілдік қатынас – тек сөйлеу тілі арқылы тілдесу ғана емес, сондай-ақ, ол жалпы адамзатқа, қоғамға қызмет ететін, әлеуметтік қажеттігін өтейтін күрделі құбылыс.

Қорытындылай келе студенттердің қарапайым сөйлеуді қамтамасыз ететін мәтін түрлеріне баяндама, талқылау, әңгіме, пікірлесу, хабарлама, сұрастыру, сұхбаттасу жатады. Басты мақсатымыз - болашақ мамандыққа байланысты сөздерді қазақ тілінде үйретіп, сөйлеу дағдыларын қалыптастыру. Қазақ тілінен берілетін әрбір сабақтың тәрбиелік, танымдық жағына баса мән беріп, оның болашақ мамандығының өмірдегі қажеттілігін саналы түрде түсінуіне мүмкіндік туғызу қажет.

Тіл үйрету сабақтарының бастапқы кезеңдерінде мәтіндердің берілу қағидаттары қарапайымнан күрделіге қарай алмасу заңдылықтарына негізделеді.

Тілді мамандыққа қатысты оқытудың ұтымды жақтары мыналар:

-студенттер қазақ тілін кәсіби қатынас құралы ретінде қолдана алады;

-кәсібіне байланысты жинаған сөздік қорды жұмыс орнында пайдаланып, өз мамандығына қатысты ой-пікірлерін нақты, анық жеткізу дағдысы қалыптасады;

-қазақ тілінің танымдық қызметінің маңызы арта түседі;

-қазақ халқының рухани және тарихи-мәдени байлығын тіл арқылы таныту негізінде студенттер білімдерін молайтады;

-күнделікті қызмет бабында сөйлесуді меңгеріп, мамандыққа қатысты ойларын жазуды үйренеді;

-болашақ маманның тұлға ретінде қалыптасуына, өсуіне, дамуына, өз мамандығын саналы сезінуіне мүмкіндік туады.

Осы тұрғыдан мамандыққа сай қазақ тілін сапалы оқыту – қазіргі уақыт сұранысынан туындап отырған өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Осыған орай, Елбасымыз айтқандай: «көп ұлтты және көп тілді мемлекетіміздің достығы мен татулығы сізбен біздің зор еңбегіміз...

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Қазақ тілін меңгерудің коммуникативтік тілдік құзыреттіліктері. Қарапайым деңгей. Жалпы меңгеру. Астана. 2015. 16-б.
2. М. Жұмабаев. Көп томдық шығармалар жинағы.Үшінші том. Алматы 2003. 160 б.
3. Қ.Егембердиев., Қ.Ибрагимов «Қазақ тілі». Астана. 2013.
4. Ж.Қамза «Қазақ тілі». Шың-Кітап. 2020.
5. Ф.Ш.Оразбаева, Р.С.Рахметова «Қазақ тілін деңгейлік оқытудың ғылыми-методологиялық негіздері», Алматы. 2001.
6. Құрман Н.Ж., Әбішәріп Ә. «Оқытудың инновациялық технологиялары». Астана. 2014. 16-б. Оқыту үрдісінде педагогикалық технологияларды пайдалану//Білім берудегі менеджмент. Алматы. 2006. 11-б.
7. Мұхамбетжанова С.Т., Мелдебекова М.Т. Педагогтардың ақпараттық – коммуникациялық технологияларды қолдану бойынша құзырлылықтарын қалыптастыру әдістемесі. Алматы: ЖШС «Дайыр Баспа». 2010.
8. Қ.С.Қалыбекова «Қазақ тілі». Қарағанды. 2011.
9. Қ.Жұбанұлы «Қазақ тіл білімінің мәселелері». Алматы: «Абзал-Ай» баспасы, 2013. 640-б.

ӘОЖ 616.155.194-084:618.3(470.43)

Нысантаева С.Қ.,Ташимбетова О.Ж., Рахымов А. Р.

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

ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ

Аннотация

Темір тапшылықты анемия – қан сарысуындағы және сүйек кемігіндегі темір жетіспеушілігі салдарынан болатын гемоглобин түзілуінің зақымдануымен , сонымен қатар ағзалар мен мен тіндердің трофикалық бұзылулардың дамуымен болатын 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 анемия репродуктивті жастағы әйелдердің шамамен 12% - ы кездеседі, ал темірдің жасырын жетіспеушілігі осы топтағы әйелдердің жартысына жуығында байқалады.

Кілт сөздер: *анемия,әйел,гемоглобин, теміртапшылық*

Нысантаева С.К.,Ташимбетова О.Ж., Рахымов А. Р.

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

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Аннотация

Железодефицитная анемия предполагает собою комплекс клинико–гематологических признаков, сопровождаемых изминением создания гемоглобина из-за недостатка железы в сыворотке крови а также костяном мозге, а кроме того формированием трофических патологий органов а также тканей. Анемия один с самых известных болезненных состояний в медицинской практике у врачей . Согласно данным ВОЗ, железодефицитная анемия диагностируется при 1,8 млрд жителей нашей земли. В цивилизованных государствах Европы встречается приблизительно 12% девушек репродуктивного возраста, а скрытый недостаток железы прослеживается приблизительно при половины девушек данной группы.

Ключевые слова: *анемия, женский, гемоглобин, железодефицит*

Nysantayeva S.K., Tashimbetova O.Zh., Rakhymov A. R.
International Kazakh-Turkish University named after Kh.A.Yassawi,Shymkent, Kazakhstan

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN GYNECOLOGY

Annatation

Iron deficiency anemia presupposes a complex of clinical and hematological signs, accompanied by a decrease in the creation of hemoglobin due to a lack of iron in the blood serum and bone marrow, as well as the formation of trophic pathologies of organs and tissues. Anemia is one of the most well - known painful conditions in the medical practice of doctors . According to WHO, iron deficiency anemia is diagnosed with 1.8 billion inhabitants of our earth. In the civilized states of Europe, approximately 12% of girls of reproductive age are found, and a latent deficiency of the gland can be traced to about half of the girls in this group.

Key words: *anemia, woman, hemoglobin,iron deficiency*

Темір тапшылықты анемия-гемоглобиннің қалыпты синтезі үшін қажетті темірдің жетіспеушілігінен туындаған анемия. Оның популяциядағы таралуы жыныстық және климатогеографиялық факторларға байланысты. Жалпыланған мәліметтерге сәйкес, темір тапшылықты анемия жас балалардың шамамен 50% - зардап шегеді.Репродуктивті жастағы әйелдердің 15% -. және 2 шамамен 2% -. әсер етеді. Жасырын тіндік темір тапшылығы жер шарының әрбір үшінші тұрғынында анықталады[1,2].Темір-адам организмі үшін орны алмастырылмайтын биоматериал болып табылады және ол ағзадағы көптеген клеткалардың қызметінде маңызды роль атқарып келеді.Темірдің биологиялық маңызы оның қайтымды тотығу және тотықсыздану қабілетімен анықталады. Темірдің бұл қызметі тіндердің тыныс алу үрдістеріне қатысуын қамтамасыз ете алуы болып табылады [1,2].

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, гемдік емес ферменттер, ферритин, гемосидерин, трансферрин. Темір күрделі қосылыстардың құрамына кіреді және организмде келесідей бөлінеді:

• гемдік темір-70%;

• темір қоры-18% (клетка ішілік ферритин және гемосидерин);

• қан айналымдағы темір мөлшері(миоглобин және құрамында темір бар ферменттер);

Адам ағзасында 4-5 гр темір гем және гемдік емес қосылыстар түрінде болып табылады. Гуминдердің ішінде темірдің ең көп мөлшері, шамамен 3000 мг болып табылады, 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 бағыТемір тапшылықты анемия жүреді.

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының темір тапшылықты анемиясының жіктемесі [13,16]:

* жеңіл дәрежелі анемия – қандағы гемоглобиннің шоғырлануы 110-дан 90 г/л-ге дейін болуы;

* орташа дәрежелі анемия – қандағы гемоглобиннің шоғырлануы 89-дан 70 г/л-ге дейін болуы;

* ауыр дәрежелі анемия – қандағы гемоглобиннің шоғырлануы 69 г/л-ден аз болуы.

Темір тапшылықтының үш кезеңін бөліп қарастырады: латенталды, латентті және манифестті. Латенталды темір тапшылықты микроэлементтер қорының төмендеуімен сипатталады, бірақ бұл кезеңде эритропоэзге қалыпты мөлшерде темір жеткізіліп отырады. Латентті темір тапшылықты кезінде –қордағы микроэлементтер қорының толық таусылуы кезінде дамиды , бірақ анемияның даму белгілері білінбейді. Темірдің манифесттік тапшылықты немесе темір тапшылықты анемия темірдің гемоглобин синтезіне жеткіліксіздігі кезінде пайда болып табылады, 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 шоғырлануын анықтаумен қатар, қан сарысуының жалпы темірді байланыстыру қабілетін анықтау және трансферриннің темірмен қанығуын бағалау маңызды диагностикалық зерттеулердің бірі болып табылады. Қан сарысуындағы темір шоғырлануын анықтаумен қатар, қан сарысуының жалпы темірді байланыстыру қабілетін анықтау және трансферриннің темірмен қанығуын бағалау маңызды диагностикалық зерттеулердің бірі болып табылады. Темір тапшылықты анемия кезінде темір мөлшері азайғандықтан, сарысудағы ферритин құрамының төмендеуі байқалады . Сарысудағы ферритин деңгейінің төмендеуі темір тапшылықты анемияның арнайы белгісі болып табылады [6].

Ағзадағы темір тапшылықтының себептері:

* Созылмалы постгеморрагиялық темір тапшылықты анемия себептері :

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, жатырішілік контрацептивтер, қатерлі ісіктер кезіндегі қан кетулер.

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) кезіндегі қан кетулер.

3. Донорлық: әйелдердің 40% - ында темірдің жасырын тапшылықты болып табылады, ал кейде көп жылдық донорлық (10 жылдан астам) темір тапшылықты анемияның 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 туындағандағы қан кетулер.

5. Жабық қуыстарға қан кетулер: мысалы, өкпе гемосидерозы, ісіктер, әсіресе ойық жара кезінде, эндометриоздың кейбір түрлері.

Темірге деген қажеттіліктті жоғарылататын жағдайлар: жүктілік, лактация, жыныстық жетілу және қарқынды өсу кезеңі, қабыну аурулары, қарқынды спортпен шұғылдану.

Темір тапшылықты анемия алиментарлы жол арқылы да 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 тапшылықты 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 тапшылықты жағдайлары жиі дамиды. Жатыр миомасы мен эндометриоз - ең көп таралған гинекологиялық аурулар қатарына кіреді. Қәзіргі уақытта жүкті әйелдердің анемиясының пайызы да артып келеді, осыған байланысты әйелдерде темір тапшылықты анемияның заманауи емдеу мәселесі күннен күнге өзекті болып келеді.Қалыпты етеккір кезінде 30-40 мл қан жоғалады . Етеккір кезінде 40-60 мл қан жоғалту қауіпті болып табылады, 60 мл-ден астам қан жоғалту темір тапшылықтының туындауына әкеледі. 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 тапшылықтына алып келеді, ал 1 жыл ішінде темір тапшылықты 360 мг-ға жетеді. Меноррагия кезінде темірдің артық шығынының орны толтырылмаған кезде деподағы темір мөлшері азаяды,бұл уақыт өте келе темір тапшылықты анемияның дамуына алып келеді, біртіндеп темір тапшылықты анемия клиникалық–гематологиялық белгілері қалыптасады. Бұл белгілердің даму ұзақтығы меноррагияның ауырлығына, темірдің бастапқы қорының мөлшеріне, басқа қауіп факторларының болуына байланысты болып табылады [7].

Темір тапшылықтың клиникалық көрінісі:Темір тапшылықты анемияның клиникалық көріністері темір тапшылықтының дәрежесіне және оның даму ұзақтығына байланысты болады.Темір тапшылықты анемияны екі негізгі синдрамдарға бөлуге болады,олар келесідей:

- анемиялық
- сидеропениялық.

Анемиялық синдром гемоглобин мен эритроциттер санының төмендеуіне, тіндердің оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз етілуіне байланысты дамип және арнайы емес белгілермен көрініс береді[8]. Науқастардың жалпы әлсіздікке, шаршаудың жоғарылауына, жұмысқа деген

қабілеттіліктің төмендеуіне, бас айналуға, құлақтың шуылына, көздің алдында шыбындардың пайда болуына, жүрек соғуына, физикалық жүктеме кезінде ентігуге, естен тануға шағымдануын анықтаймыз.Кейбір науқастарда есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқышылдық пайда болуына шағымданатын болады. Анемиялық синдромның субъективті көріністері алдымен науқастарды физикалық жүктеме кезінде, содан кейін тыныштықта (анемия өскен сайын) мазалайтын болып табылады. Объективті зерттеу кезінде терінің және көрінетін шырышты қабатының бозаруы анықталады. Көбінесе жіліншік, аяқ, бет аймағында ісінулер пайда болуы анықталады. Көз айналасында таңертеңгілік ісіну анықталады . Анемия ұзақ ұақыт болуы ағзада миокардиодистрофия синдромының дамуына әкеледі, ол ентігу, тахикардия, жиі аритмия, жүрек шекараларының солға қарай кеңеюі, жүрек тондарының тұйықталуы, барлық аускультативті нүктелерде систолалық шу белгілерімен көрініс береді. Ауыр және ұзаққа созылған анемияда миокардиодистрофия қан айналымының айқын жеткіліксіздігіне әкелуі мүмкін. Темір тапшылықты анемиясы біртіндеп дамиды, сондықтан науқастың денесі біртіндеп соған бейімделеді сондықтан анемиялық синдромның субъективті көріністері әрдайым айқын бола бермейді осыған байланысты профилактикалық мақсатта жалпы қан анализін тапсырп отырған жөн.

Сидеропениялық синдром (гипосидероз синдромы) темірдің тіндік жетіспеушілігінен туындайды, бұл көптеген ферменттердің белсенділігінің төмендеуіне әкеледі. Сидеропениялық синдром көптеген белгілермен көрініс береді:

• дәм сезу бұзылыстары– жеуге жарамсыз заттарға құмарлықтың артыуы (бор, тіс пастасы, көмір, құм, мұз), сондай–ақ шикі қамырды, шикі етті, жарманы жеуге деген құмарлық пайда болып табылады; бұл симптом балалар мен жасөспірімдерде, ересек әйелдерде жиі кездеседі;

• тұзды, қышқыл, ащы тағамдарға тәуелділіктің пайда болуы;

• иіс сезу бұзылыстары-айналасындағылардың көпшілігі жағымсыз деп қабылданатын иістерге тәуелділіктің пайда болуы (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 болып табылады (құрғақтық, қабыршақтану, теріде тез жарықтар пайда болуы; шаштың ерте ағаруы; түсуі,

сынғыштық, тырнақтардың күңгірттенуі; койлонихия симптомы-тырнақтарында қасық тәрізді ойыстардың пайда болуы);

• ангулярлы стоматит-ауыз қуысындағы жарықтар, "ұшық" (науқастардың 10-15% - ында кездеседі);

• глоссит (науқастардың 10% - ында кездеседі) - тіл аймағында ауырсыну сезімі, оның ұшының қызаруымен, папиллярлардың атрофиясымен сипатталады ("лакталған" тіл); пародонт ауруы мен кариеске бейімділік жиі байқалады;

• асқазан–ішек жолдарының шырышты қабығындағы атрофиялық өзгерістер пайда болып – бұл жағдай өңештің шырышты қабығының құрғауына және тамақты жұтудың қиындауы, кейде ауыруына, (сидеропениялық дисфагия); атрофиялық гастрит пен энтериттің дамуына алып келеді;

• "көк склера" симптомы көкшіл түспен немесе айқын көк склерамен сипатталады. Бұл темір жетіспеушілігімен склерадағы коллаген синтезінің бұзылуымен, ол жұқарып, көздің хориоид арқылы көрінетіндігімен түсіндіріледі;

• зәр шығаруға деген ұмтылыс, күлгенде, жөтелгенде, түшкіргенде зәрді ұстай алмау, тіпті төсек сулануы мүмкін болып табылады, бұл қуық сфинктерінің әлсіздігіне байланысты дамиды;

• "сидеропениялық субфебрилитет" - температураның субфебрильді шамаларға дейін ұзақ уақыт жоғарылауымен сипатталады;

• жедел респираторлық–вирустық және басқа инфекциялық–қабыну үрдістеріне, лейкоциттердің фагоцитарлық функциясының бұзылуына және иммунитет жүйесінің әлсіреуіне байланысты созылмалы инфекцияларға айқын бейімділік пайда болып табылады;

• * терідегі, шырышты қабааттарындағы репаративті үрдістердің төмендеуі байқалады.

• Эпителий тіндерінің қоректенуінің бұзылуы тіндік сидеропениямен және гипоксиямен байланысты болып табылады. Айта кету керек, анемияның жеңіл дәрежесінде айтылған белгілер болмауы да мүмкін, өйткені компенсаторлық механизмдер (эритропоэздің жоғарылауы, жүрек–қан тамырлары және тыныс алу жүйелерінің функцияларының активтенуі) тіндердің оттегіге физиологиялық қажеттілігін қамтамасыз етеді [9].

Ұзақ анемиямен зардап шеккен кезде, созылмалы гипоксияға байланысты дистрофиялық үрдістер нәтижесінде дамитын әртүрлі паренхималық органдардың қызметінің бұзылуына әкелуі мүмкін.

Темір тапшылықты анемия диагностикалау және емдеу жолдары

Лабароториялық қан алазизі анемияны диагностикалауда үлкен маңызға ие [10]:

• гемоглобин шоғырлануы;

• эритроциттердің саны, олардың мөлшері мен гемоглобинмен қанығуы;

• түстік көрсеткіші;

• гематокрит (гематокриттің 0,3 және одан төмендеуі);

• қан плазмасындағы темір шоғырлануы (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 шоғырлануы төмендейді, сарысудың темірді байланыстыру қабілеті жоғарылайды, нәтижесінде темірмен гемотокрит 16% - дан аз (әдетте 35-50%) төмендейді. Гематокрит көрсеткіші 0,3 дейін төмендейді.

Қазіргі уақытта темір тапшылықты анемияның ең ақпараттық гематологиялық көрсеткіші сарысулық ферритин деңгейі (қалыптыда 15-150 мкг/л) болып саналады, ол ағзадағы темір тапшылықтының көрсеткіші болып табылады [10].

Аурудың себебін анықтаған кезде негізгі емдеу оны жоюға бағытталған болуы керек (миоманы, аденомиозды хирургиялық емдеу, энтеритті емдеу, алиментарлы жеткіліксіздікті түзету және т.б.). Алайда, бірқатар жағдайларда темір тапшылықты анемия себебін түбегейлі жою мүмкін емес (мысалы, меноррагиялар, тұқым қуалайтын геморрагиялық диатездер, жүкті әйелдерде, сондай-ақ кейбір басқа жағдайларда). Мұндай жағдайларда темірі бар дәрілік дәрілік заттарынмен патогенетикалық терапия негізгі емдеу тәсіліне назар аударған жөн болып табылады [11].

Соңғы жылдары қазіргі заманғы отандық және шетелдік әдебиеттер бойынша темір тапшылықты анемины темір дәрілік заттарынмен дәстүрлі емдеу әдісі асқазан–ішек жолдарына жанама әсерлері бар және көбінесе қажетті нәтиже бермейді, сонымен қатар дәрілік заттарынды 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 тәжірибесіндегі

темір дәрілік заттарынын парентеральды тағайындау қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін көрсетті [12].

Меноррагиямен ауыратын әйелдерде, олардың себептеріне қарамастан (миома, эндометриоз, аналық без дисфункциясы, тромбоцитопатия және т.б.) темір дәрілік заттарынын ұзақ мерзімді емдеу қажет болып табылады. Доза, дозалау режимі және темір прерараттарын микроэлементтің құрамын және т.б. ескере отырып таңдалады. Ота алдындағы кезеңде парентеральды темір дәрілік заттарыны анемиярымен антианемиялық терапияны қысқа мерзімде жүргізу неғұрлым ұтымды болып табылады[11,12].

Анемия бар науқастарды емдеу кезінде негізгі аурудың сипатын және ілеспе патологияның болуын, науқастардың жасын (балалар, қарттар), анемиялық синдромның ауырлығын және темір тапшылығын, темір препараттарына төзімділікті және т.б. ескеру қажет [12].

Жеңіл және орташа анемия кезінде темір препараттарын аскорбин немесе фолий қышқылымен бірге ауызша қабылдаған дұрыс, өйткені олар темірдің сіңуін жақсартады.Темір препараттарын қабылдағанға дейін немесе қабылдағаннан кейін екі сағат ішінде кофе мен кофеинді-құрамында сусындар (какао, шоколад, шай), Жарма (қара бидай, арпа, сұлы, бидай), жаңғақтар, бұршақ дақылдары, сүт, жұмыртқа және сүт өнімдері, майлы және ұн өнімдері, сондай-ақ кейбір дәрі-дәрмектер мен құрамында кальций, магний, мырыш, селен, йод, хром бар дәрумендер. Бұл темірдің сіңуін нашарлатпауға көмектеседі. Барлық темір препараттарын дәрігер жеке тағайындайды. Емдеу курсы кем дегенде 1,5-2 айды құрайды, мүмкін одан да ұзақ. Қандағы темір деңгейін қалпына келтіруден басқа, денеде оның қорын құру керек, яғни ферритин деңгейін жоғарылату керек. 1-2 айдан кейін гемоглобин деңгейін қалыпқа келтіру емдеудің сәттілігі туралы айтады .Егер темір препараттарын ішке қолдану мүмкін болмаса (мысалы, ішекте темірдің сіңуіне төзбеушілік немесе бұзылулар болса), онда олар бұлшықет ішіне немесе көктамыр ішіне енгізіледі. Инъекциялық темір препараттары тек ауруханада қолданылады, өйткені олар шок реакцияларын тудыруы мүмкін. Оларды жүктілік және лактация кезінде қолдануға болмайды.Ауыр анемия кезінде (гемоглобин 70 г/л-ден аз) және өмірлік көрсеткіштер бойынша стационар жағдайында эритроциттік массаны құю жүргізіледі.Қант диабеті жоқ емделушілерге емдік-профилактикалық агент ретінде гематогенді қолдануға болады. Оның құрамына ірі қара малдың қанынан алынған ақуыздарды байланыстыратын темір, сондай-ақ аскорбин қышқылы және қажетті ақуыз кешені кіреді. Алайда, бұл өте жоғары калориялы өнім-100 г гематогенде 350-500 килокалория бар, оны диетаға қосқанда есте ұстаған жөн[13].

Болжам. Алдын алу.Темір тапшылықты анемияның болжамы қолайлы. Көп жағдайда ауру амбулаториялық жағдайда сәтті емделеді. Бірақ егер анемия емделмесе, ол өршіп кетуі , жалпы әл-ауқатты нашарлатуы мүмкін. Анемия кезінде келесі жағдайларда түзету өте қиын:

асқазан-ішек жолдарымен байланысты мәселелер туындаған кезінде (созылмалы гастриттің өршуі, асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы, ішектің қабыну аурулары, мальабсорбция синдромы-ішекте сіңудің бұзылуы, асқазанның және/немесе ішектің резекциясы);

- темірдің сіңуін төмендететін препараттарды бір мезгілде қабылдау;
- созылмалы қан жоғалту;
- емделмеген жүйелі және онкологиялық аурулар;
- темір препараттарын тұрақты емес қабылдау, препаратты қабылдаудың дозасын, жиілігін және ұзақтығын сақтамау немесе оны өз бетінше ауыстыру.

Темір тапшылықты анемияның алдын алу үшін:

- жыл сайын клиникалық қан анализін тапсырыңыз және оның параметрлерін бақылаңыз;
- тамақпен жеткілікті мөлшерде ақуыз бен темір ала отырып, толық тамақтану;
- ағзадағы қан жоғалту көздерін уақтылы жою;
- тәуекел тобындағы адамдарға (донорларға, балаларға, спорт мектептерінен, жүкті және бала емізетін әйелдерге, сондай-ақ ауыр және ұзақ етеккірден зардап шегетін әйелдерге) темір препараттарының шағын дозаларын қабылдау.

Темір тапшылықты анемиямен ауыратын барлық науқастар, сондай-ақ осы патологияның даму ықтималдығы жоғары адамдар терапевтте байқалуы керек

Әдебиеттер тізімі:

1. Stuklov N. I. Iron-deficiency anemia in gynecological practice: Algorithms for diagnosis, prevention, and treatment //Obstetrics and Gynecology. – 2016. – №. 7. – С. 99-104.

2. Шевелева Т. В., Скворцова М. Ю. Проблема железодефицитной анемии в акушерстве и гинекологии //РМЖ. Мать и дитя. – 2012. – Т. 20. – №. 17. – С. 877-882.

3. Лебедев В. А., Пашков В. М. Принципы терапии железодефицитной анемии у гинекологических больных //Трудный пациент. – 2013. – Т. 11. – №. 11. – С. 33-38.

4. Дворецкий Л. И., Заспа Е. А. Железодефицитные анемии в практике акушера-гинеколога //РМЖ. – 2008. – Т. 16. – №. 29. – С. 1898-1905.

5. Лукина Е. А., Ледина А. В., Роговская С. И. Железодефицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику //РМЖ. Мать и дитя. – 2020. – Т. 3. – №. 4. – С. 248-253.

6. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Железодефицитная анемия: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики //Гинекология. – 2013. – Т. 5. – С. 95-9.

7. Доброхотова Ю. Э., Кузнецова О. В. Железодефицитная анемия в акушерско-гинекологической практике //Акушерство и гинекология. – 2016. – №. 8. – С. 10-15.

8. Доброхотова Ю. Э., Хлынова С. А. Коррекция железодефицитной анемии у гинекологических больных //Лечебное дело. – 2017. – №. 3. – С. 31-36.

9. Стуклов Н. И., Семенова Е. Н. Железодефицитная анемия. Современная тактика диагностики и лечения, критерии эффективности терапии //Клиническая медицина. – 2013. – Т. 91. – №. 12. – С. 61-67.

10. Хашукоева А. З. и др. Современные подходы к лечению железодефицитной анемии у больных с гинекологической патологией //Лечащий врач. – 2017. – Т. 12. – С. 23-9.

11. Головко Е. Д., Оверко А. В. Железодефицитная анемия у гинекологических пациенток //Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2022. – №. 2 (56) Special Issue. – С. 274-275.

12. Тихомиров А. Л., Сарсания С. И. Рациональная терапия и современные принципы диагностики железодефицитных состояний в акушерско-гинекологической практике //Фарматека. – 2009. – №. 1. – С. 32-39.

13. Хашукоева А. З. и др. Железодефицитные состояния при гинекологических заболеваниях и способы их коррекции //Лечащий врач. – 2014. – Т. 3. – С. 4

UDC 612.111.11:616.379

Bekenov N., Bakhtiyarkyzy A., Begmanova A., Kural A., Yerkinbek U.
JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

INSULIN PUMP THERAPY IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

Abstract

Relevance: *as you know, type 1 diabetes affects mainly children and adolescents. To correct hyperglycemia, children need insulin injections, which will significantly improve the general condition, normalize metabolic processes and ensure the full growth and development of the child. Therefore, today doctors are increasingly considering the use of an insulin pump in children with diabetes mellitus to better control the level of glycemia in dynamics.*

The study aimed to *comparison of the effectiveness of intensive insulin therapy in children with type 1 diabetes mellitus using parameters for improving the standard of living.*

Materials and methods: w*e observed 19 children and adolescents with Type 1 diabetes. Their age range was from 7 to 17 years and their duration of the disease and the duration of insulin replacement therapy is from one to 10 years. The children were also divided into two age subgroups - to 12 years and adolescents.*

Conclusion: *the use of pump therapy in childhood leads to an improvement in the standard of living of children with type 1 diabetes. In all age groups, against the background of increased physical activity of patients, a decrease in the manifestations of symptoms of decompensation of the disease was observed. Insulin pump therapy in a group of older children positive dynamics of the standard of living on the background of the use is associated with a decrease in the level of anxiety to the development of diabetic complications*

Keywords: *diabetes, insulin, children, treatment, pump.*

Бекенов Н.Н., Бахтиярқызы А., Бегманова А.А., Құрал А.Е.,
Еркінбек Ұ.М.
АҚ «ОҚМА», Шымкент қ., Қазақстан

1 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ИНСУЛИНДІК СОРҒЫСЫНЫҢ ТЕРАПИЯСЫ

Аннотация.

Өзектілігі: *өздеріңіз білетіндей, 1 типті қант диабетімен негізінен балалар мен жасөспірімдер ауырады. Гипергликемияны түзету үшін балаларға инсулин инъекциясы қажет, бұл жалпы жағдайды едәуір жақсартуға, метаболикалық процестерді қалыпқа келтіруге және баланың толық өсуіне және дамуына мүмкіндік береді. Сондықтан бүгінгі күні дәрігерлер*

гликемия деңгейін динамикада жақсы бақылау үшін қант диабеті бар балаларда инсулин сорғысын қолдануды жиі қарастыруда.

Мақсаты: *өмір сүру деңгейін жақсарту параметрлерін қолдана отырып, 1 типті қант диабеті бар балалардағы қарқынды инсулин терапиясының тиімділігін салыстыру.*

Материалдар мен әдістер: *біздің бақылауымызда 1 типті қант диабетімен ауыратын, 7 жастан 17 жасқа дейінгі, аурудың ұзақтығы және инсулинді алмастыратын терапияның ұзақтығы бір жастан 10 жасқа дейінгі 19 бала мен жасөспірім болды. Сондайақ балалар жасы бойынша екі топқа бөлінді - 12 жасқа дейін және жасөспірімдер.*

Қорытынды: *Балалық шақта помпалық терапияны қолдану 1 типті қант диабетімен ауыратын балалардың өмір сүру деңгейінің жақсаруына әкеледі. Барлық жас топтарында пациенттердің физикалық белсенділігінің жоғарылауы аясында аурудың декомпенсация белгілері көріністерінің төмендеуі байқалды. Үлкен жастағы балалар тобында помпалық инсулин терапиясын қолдану аясында өмір сүру деңгейінің оң динамикасы диабеттік асқынулардың дамуына алаңдаушылық деңгейінің төмендеуімен байланысты.*

Кілт сөздер: *қант диабет, инсулин, балалар, емдеу, помпа.*

Бекенов Н.Н., Бахтиярқызы А., Бегманова А.А., Құрал А.Е.,
Еркінбек Ұ.М.
АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

ИНСУЛИНОВАЯ ПОМПОВАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Аннотация

Актуальность: *как известно, сахарным диабетом 1-го типа в основном болеют дети и подростки. Чтобы корректировать гипергликемию, детям жизненно необходимы инъекции инсулина, что позволяет существенно улучшить общее состояние, нормализовать обменные процессы, позволить ребенку полноценно расти и развиваться. Поэтому сегодня врачи все чаще рассматривают применение инсулиновой помпы у детей с диабетом, для лучшего контроля уровня гликемии в динамике.*

Целью исследования *было сравнение эффективности интенсивной инсулинотерапии у детей с сахарным диабетом 1 типа по параметрам повышения уровня жизни.*

Материалы и методы: *под наблюдением находились 19 детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа. Их возрастной диапазон составил от 7 до 17 лет, длительность заболевания и длительность заместительной инсулинотерапии – от года до 10 лет. Дети также были разделены на две возрастные подгруппы – до 12 лет и подростки.*

Заключение: *применение помповой терапии в детском возрасте приводит к улучшению уровня жизни детей с сахарным диабетом 1 типа. Во всех возрастных группах на фоне повышения физической активности больных наблюдалось уменьшение проявлений симптомов декомпенсации заболевания. Помповая инсулинотерапия в группе подростков имеет более положительную динамику повышения уровня жизни, это связано со снижением уровня тревоги к развитию диабетических осложнений.*

Ключевые слова: *сахарный диабет, инсулин, дети, лечение, помпа.*

Introduction

In the last two decades, our country has seen a sharp increase in the incidence of type I diabetes mellitus (DM) in children. In this regard, the issue of optimizing the treatment of this serious disease becomes urgent. High prevalence and a steady increase in morbidity, especially at a young age, leads to the development of early diabetic complications, which leads to high levels of disability. Currently, the only way to prevent or delay the development of specific complications is to strictly control blood glucose levels by maintaining them at a level close to normoglycemia [1,2]. Children with type 1 diabetes to effectively solve this problem, many people can use modern methods of treatment, in particular the introduction of insulin analogues into practice and the use of insulin pumps. In this regard, much attention was paid to improving the standard of living of children with type I diabetes [3,4].

Objectives: comparison of the effectiveness of intensive insulin therapy in children with type 1 diabetes mellitus using parameters for improving the standard of living.

Materials and methods: We observed 19 children and adolescents with Type 1 diabetes. Their age range was from 7 to 17 years and their duration of the disease and the duration of insulin replacement therapy is from one to 10 years (Table 1). The children were also divided into two age subgroups - to 12 years and adolescents. The first group received intensive insulin therapy with syringe pens for 10 children, the second group - 9 children who received insulin using an insulin pump. As a criterion for compensation of diabetes mellitus, the recommendations of the St. Vincent Declaration were used, according to which in case of diabetes mellitus In children with type 1, the glycemic index

does not exceed 7.0 mmol/l on an empty stomach, the compensation indicator is 10.0 mmol/l 2 hours after a meal.

Table 1. **Blood glucose levels in children with diabetes mellitus by group and age, mmol/l.**

Age of the examinees	1 group (10 patients)	2 group (9 patients)
to 12 young	9,0±5,5	8,5±3,9
adolescents	6,0±2,0	5,0±2,5

The standard of living of children with diabetes was assessed using the PedsQL 4.0 GenericCoreScale survey, which consists of 23 questions evaluating the following parameters: physical work, emotional work, social activities, and school life. In addition, during the survey, you can calculate total scores on various survey scales [5,6].

The total score of the psychosocial component of the quality of life is a characteristic of the scales of emotional, social and role activity and is the total (final) score for all scales of the survey. The total number of points after transcoding (translation of source data into quality of life points) is calculated on a 100-point scale; the higher the value, the higher the quality of life of the child. The survey combines the following scales: problems related to diabetes -11 questions (clinical signs of the disease, such as hunger, thirst, pain, tremor, etc.); problems related to treatment (1 and 2) - 11 questions are divided into 2 blocks: based on the results of the answers to the first one, difficulties are evaluated depending on the disease itself, pain with finger colic or insulin injection, whether there are disagreements with parents, the implementation of the treatment plan and the treatment of diabetes. Answers to the second block of questions allow you to assess the difficulty of performing daily therapeutic activities, problems with anxiety-3 questions

(concern about the effectiveness of treatment, attacks of weakness, late complications of diabetes mellitus evaluated) [7,8].

The format and price of responses are the same as in the PedsQL 4.0 Generic Core Scale survey. To determine the degree of compensation of the disease in children with type 1 diabetes mellitus, the level of glycated hemoglobin (HbA1c) was studied in parallel with the questionnaire . Statistical processing of the results was carried out using variational statistics methods in the Windows XP operating system. The significance of differences was assessed by the Student's method [9,10].

Discussion: Patients of group 1 received insulin-substituting treatment according to an intensified (basic-bolus) scheme in the mode of daily multiple injections with insulin syringes: a combination of long-acting and ultra-short-acting insulins was used. In Group 2, the Combination of insulins was replaced with regular subcutaneous infusion of ultrashort insulins with the installation of a Medtronic MiniMed insulin pump.

In group 1, the index of glycated hemoglobin (HbA1c) was 9.0% in 70% of children, and the indicators of metabolic control in 30% of patients corresponded to the level of subcompensation. In group 2, 5 people (60%) were in a state of subcompensation, 4 people (40%)-in a state of compensation of carbohydrate metabolism. The average HbA1c score was 6,5%.

The analysis of quality of life indicators in accordance with methodological standards was carried out in two age groups: children to 12 years and adolescents.

According to the data of the diabetes survey, among the patients of group 1, children of primary school age scored the lowest on the "diabetes mellitus" scale, and the highest scores in this age group were obtained on the" treatment "and"anxiety" scales. In the middle age group, cases associated with self-control of glycemia and insulin administration are less problematic and less painful than in younger schoolchildren, which may be due to their adaptation to the disease, increased pain sensitivity with an increase in the duration of diabetes.

When analyzing the data obtained, attention is drawn to the fact that in both age groups the “Diabetes mellitus” scale is underestimated, reflecting signs of decompensation of the disease, which indicates the abnormal course of diabetes mellitus in the vast majority of the children examined.

According to the diabetic survey, the improvement in the standard of living of children aged to 12 years who switched from several injectable regimens to constant subcutaneous insulin infusions is due to a decrease in the severity of pain syndrome due to a decrease in the number of insulin injections. Adolescents showed reduced symptoms of decompensation of diabetes mellitus and increased their ability and motivation to control their disease, which reduced the number of controversial cases in relationships with parents about treatment. Also in adulthood an increase in the standard of living in children was associated with rare health complaints against the background of a decrease in anxiety about the exacerbation of complications of diabetes mellitus.

Conclusion:

1. The use of pump therapy in childhood leads to an improvement in the standard of living of children with type 1 diabetes. In all age groups, against the background of increased physical activity of patients, a decrease in the manifestations of symptoms of decompensation of the disease was observed.

2. Insulin pump therapy in a group of older children positive dynamics of the standard of living on the background of the use is associated with a decrease in the level of anxiety to the development of diabetic complications.

List of references

1. Bolus Calculator Reduces Hypoglycemia in the Short Term and Fear of Hypoglycemia in the Long Term in Subjects with Type 1 Diabetes (CBMDI Study) / M.D.R. Vallejo Mora [et al.] // Diabetes Technology & Therapeutics. – 2017. – Vol. 19. – № 7. – P. 402-409.

2. Thalange N., Bereket A., Larsen J., Hiort L.C., Peterkova V. Treatment with insulin detemir or NPH insulin in children aged 2–5 yr with type 1 diabetes mellitus. Paediatr Diabet 2011; 21: 1399—5448.

3. Clements M. A., Foster N. C., Maahs D. M., Schatz D. A., Olson B. A., Tsalikian E., for the T1D Exchange Clinic Network T1D Exchange Clinic Network. Hemoglobin A1c (HbA1c) changes over time among adolescent and young adult participants in the T1D exchange clinic registry // Pediatric Diabetes. 2016; 17 (5):

327-336.

4. DiMeglio L. A., Acerini C. L., Codner E., Craig M. E., Hofer S. E., Pillay K., Maahs D. M. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents and young adults with diabetes // Pediatric Diabetes. 2018; 19 (Suppl. 27): 105-114.

5. Kolbasina E. V., Vorob'eva V. A., Azova E. A., Rassokhin V. F. Quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes. 2009. Vol. 8. No. 5. with. 14–18.

6. Samoilova Yu. G., Oleinik O. A. Integral indicators of the quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. 2010. Vol. 89, No. 5, pp. 57-63.

7. American Association of Diabetes Educators. Diabetes Educational and Behavioral Research Summit. Diabetes Educ.1999;(suppl) 25.

8. Foster NC, Beck RW, Miller KM, et al. State of type 1 diabetes management and outcomes from the T1D Exchange in 2016-2018. Diabetes Technol Ther 2019; 21:66-72.

9. Russell SJ, El-Khatib FH, Sinha M, et al. Outpatient glycemic control with a bionic pancreas in type 1 diabetes. N Engl J Med 2014;371:313-325.

10. DeBoer MD, Breton MD, Wakeman C, et al. Performance of an artificial pancreas system for young children with type 1 diabetes. Diabetes Technol Ther 2017;19:293-298.

УДК 378.147:616.832.9

Калменов Н.Дж., Абдурахманов Б.А., Дуйсебеков М.Т., Әмір Е.Н.
АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

НАШ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Аннотация

В центре практических навыков (ЦПН) АО «ЮКМА» сотрудниками кафедры «Хирургия, онкология и травматология» организована и совместно с сотрудниками ЦПН при поддержке руководства ВУЗ-а проведена «Первая внутривузовская практическая медицинская олимпиада по хирургическим дисциплинам». Принимали участие 6 команд.

Конкурс состоял из 2-этапов. Результаты навыков оценивались по чек-листам членами жюри из профессорско-преподавательского состава. Оценивались время и качество выполнения навыка, владение хирургическими инструментами и навыки командной работы.

Нами представлены результаты подготовительного процесса к олимпиаде, самой олимпиады и результаты анкетирования участников после олимпиады.

Ключевые слова: *имитационные методы обучения, хирургический кружок, практическая медицинская олимпиада, контрольный список.*

Қалменов Н.Дж., Абдурахманов Б. А., Дүйсебеков М. Т., Әмір Е. Н.
«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНДА СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕМІЗ

Аннотация

Практикалық дағдылар орталығында (ПДО) «ОҚМА» АҚ «Хирургия, онкология и травматология» кафедрасының қызметкерлері ПДО қызметкерлерімен бірлесіп ЖОО басшылығының қолдауымен «Хирургиялық пәндер бойынша бірінші ЖОО-ішілік практикалық медициналық олимпиадасыны» ұйымдастырды. 6 команда қатысты. Сайы 2 кезеңнен құралды. Дағдылардың орындалуы профессорлық-оқытушылар құрамынан жасақталған қазылар алқасымен чек-парақ бойынша бағаланды. Бағалау барысында дағдыларды орындау уақытына, сапасына, хирургиялық құралдарды қолдану техникасына және командада жұмыс істеу дағдыларына аса мән берілді.

Біз олимпиадаға дайындық кезеңінің, нақты олимпиаданың және олимпиада өткеннен кейін білім алушылардан алынған сауалнама нәтижелерімен таныстырып отырмыз.

Кілт сөздер: *Имитациялық оқыту әдістері, хирургиялық үйірме, практикалық медициналық олимпиада, бақылау тізімі.*

Kalmenov N.J., Abdurakhmanov B.A., Duisebekov M.T., Amir E.N.
JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

OUR EXPERIENCE IN IMPLEMENTING SIMULATION EDUCATIONAL TECHNOLOGIES AT THE SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

Annotation

In the center of practical skills (CPN) of JSC «YUKMA», the staff of the Department of «Surgery, oncology and traumatology» organized and, together with the staff of the CPN, with the support of the leadership of the university, the «First intra-university practical Medical Olympiad in surgical disciplines» was held. 6 teams took part.

The competition consisted of 2 stages. The results of the skills were evaluated according to checklists by members of the jury from the teaching staff. The time and quality of performing the skill, proficiency in surgical instruments and teamwork skills were evaluated.

We present the results of the preparatory process for the olympiad, the olympiad itself and the results of the survey of participants after the olympiad.

Keywords: *simulation methods of training, surgical circle, practical medical olympiad, check-list.*

Введение: В центре практических навыков (ЦПН) АО «ЮКМА» сотрудниками кафедры хирургия-2 организована и совместно с сотрудниками ЦПН при поддержке руководства ВУЗ-а проведена «Первая внутривузовская практическая медицинская олимпиада по хирургическим дисциплинам». Участвовали 6 команд.

Условия для подготовки для всех команд были равными, однако число отработок навыков было разными, поскольку команды начали подготовку в разное время.

Результаты навыков оценивались по чек-листам членами жюри из профессорско-преподавательского состава. Оценивались время и качествовыполнения навыка, владение хирургическими инструментами и навыки командной работы. Конкурс состоял из 2-этапов.

Первый этап:1. Кожный шов, 2. Сосудистый шов, 3. Сухожильный шов, 4. Кишечный шов, 5. Конкурс капитанов, 6. Конкурс на знание хирургического инструментария, 7. Десмургия, 8. Интубация трахеи.

Второй этап: 9. Теоретический конкурс, 10. Вязание хирургических узлов, 11. КВН представление команды.

Цель статьи – провести анализ влияния продолжительности занятий, количества отработок навыков на конечные результаты обучения, оценить эффективность деятельности хирургического кружка, по итогам подготовки и проведенияпрактической медицинской олимпиады и отношение студентов к симуляционным технологиям и самой олимпиаде.

Материалы и методы

Статистический анализ результатов олимпиады. Анкетирование участников олимпиады. В анкетировании участвовали 67 участников практической олимпиады.

Результаты и обсуждение

Распределение мест по итогам олимпиады: Выборочно проанализированы результатыкоманд, занявших 1, 3 и 6 места.

1. Команда «NSA» 153 балла - сформирована из членов хирургического кружка. Уровень теоретической подготовки оценивают, как средний-100%. Готовились к олимпиаде более двух месяцев-73% и 1 месяц-27%. Отрабатывали каждый навык до 20 раз-46%более 20 раз-54%. Оценивают уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде, как средний-100%. Времени на подготовку было достаточно-100%, успели отработать все навыки-91%. Хотят и впредь участвовать в конкурсах-100%. Отмечают приобретение хороших навыков-91%, появление уверенности-82% и чувствуют себя комфортно-18%.

2. Команда «Люди в белом» 112,5 баллов.

3. Команда «12 оттенков хирургии» 107,5 баллов.Уровень теоретической подготовки оценивают, как средний-82%, низкий и высокий по 9%. Готовились к олимпиаде 1 неделю -45,5%, один месяц -54,5%. Отрабатывали каждый навык до20 раз-73%, более 20 раз -27%. Оценивают уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде, как низкий -64%, средний – 27%, высокий-9%. Времени на подготовку было достаточно -73%, нет-27%, успели отработать все навыки-73%, не успели-18%, затрудняюсь ответить-9%. Хотят и впредь участвовать в конкурсах-100%. Отмечают приобретение хороших навыков-73%, значительно улучшились навыки-27%. Появление уверенности -46%, чувствуют себя хорошо-18%, комфортно – 36%.

4. Команда «Врачи без границ» 97,5 баллов.

5. Команда «Эрудит» 94,5 баллов.

6. Команда «Эскулап». 88 баллов. Уровень теоретической подготовки оценивают, как средний-45%, низкий 55%. Готовились к олимпиаде 1 неделю -100%. Отрабатывали каждый навык до 10 раз-73%, до 20 раз -27%. Оценивают уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде, как низкий -82%, средний – 18%. Времени на подготовку было достаточно -27%, нет-73%, успели отработать все навыки-45%, не успели-55%. Хотят и впредь участвовать в конкурсах-100%. Отмечают повышение интереса к учебе-73%,приобретение хороших навыков-27%. Появление уверенности -73%, чувствуют себя хорошо-27%.

Таблица 1. Команда «NSA»

	Команда	Члены хирургического кружка	Начальный уровень	Время подготовки	Число отработок	Общий балл
	NSA	100%	средний 100%	более двух месяцев	до 20 раз- 46% более 20 раз -54%	153
	12 оттенков хирургии	9%	низкий -64%	1 месяц-54,5% 1 неделю-	до 20 раз-73% более 20 раз -27%	107,5

			средний 27% высокий -9%	45,5%		
	Эскулап	-	низкий - 55% средний- 45%	1 неделю- 100%	до 10 раз -73% до 20 раз - 27%	88

По мнению Haskettconsultinginc., «люди запоминают 20 % того, что они видят, 40 % того, что они видят и слышат и 70 % того, что они видят, слышат и делают» [1].

Как видно из анализарезультатов: Команда «NSA» состоит из членов хирургического кружка. Уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде:у всех был средний. Готовились к олимпиаде более 2 месяцев. Число отработок большинства навыков было более 20 раз. В результате команда закономерно заняла 1-место с большим отрывом от аппонентов.

Команда «12 оттенков хирургии». Один представитель команды является членом хирургического кружка. Уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде:низкий -64%, средний 27%, высокий-9%. Готовились к олимпиаде:1 месяц-54,5%, 1 неделю-45,5%. Число отработок большинства навыков:до 20 раз -73%, более 20 раз -27%. В результате команда заняла 3-место.

Команда «Эскулап».Уровень своих практических навыков до подготовки и участия в олимпиаде:низкий -55%, средний - 45%. Готовились к олимпиаде:1 неделю-100%.

Число отработок большинства навыков: до 10 раз -73%, до 20 раз - 27%. В результате команда заняла 6-место.

Все участники отмечают повышение интереса к учебе, большинство участников - приобретение хороших навыков и появление уверенности в себе.

Хотят и впредь участвовать в конкурсах-100%.

Анализ результатов наглядно показал правоту теории о том, что для доведения до автоматизма отработки какого-либо навыка нужно не менее 21 повторений, а для закрепления навыка надолго - не менее 40 повторений [2].

Выводы:

1. Обучение к практическим навыкам с использованием симуляционных образовательных технологий, являются хорошим дополнением для закрепления теоретического материала и улучшает процесс подготовки будущих специалистов к профессиональной деятельности.
2. Необходимо больше времени уделять на отработку практических навыков.
3. Организовать кружки для обучающихся и по другим направлениям медицины и расширять список членов кружка.
4. Чаще проводить олимпиады, конкурсы, чтобы обучающиеся могли продемонстрировать свои достижения. Это является хорошим стимулом для обучающихся.

Список литературы:

1. Компьютерные тренажеры нового поколения [Электронный ресурс] / ЗАО «Северодонецкий ОРГХИМ» // Средства и системы компьютерной автоматизации. - Режим доступа: http://asutp.ru/?p=400322. (дата обращения: 06.02.2014).

2. Тусупбекова К.Т., Ларюшина Е.М., Кемелова Г.С., Бадина Л.К., Васильева Н.В., Оспанова Г.Г. Использование симуляционных образовательных технологий как необходимый способ повышения компетентности бакалавров медицины // Международный журнал экспериментального образования. – 2021. – № 2. – С. 31-35; URL: https://expeducation.ru/ru/article/view?id=12022 (дата обращения: 08.02.2023).

3. «Виртуальные технологии» — научно-практический журнал о виртуальных и симуляционных технологиях в медицинском образовании и клинической практике/Интернет-сайт http://medsim.ru. Симуляционное обучение по специальности ≪Лечебное дело≫ / сост. М. Д. Горшков; ред. А. А. Свистунов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 288

СОДЕРЖАНИЕ

BUPLEURUM TIANSHANICUM ШӨБІНІҢ САНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІН АНЫҚТАУ Оспан А., Махатов Б.К., Бухарбаева А.Е., Калжан А.Б., Орынбасарова К.К.	2
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАВЫ BUPLEURUM TIANSHANICUM Оспан А., Махатов Б.К., Бухарбаева А.Е7, Калжан А.Б., Орынбасарова К.К.	9
АКУШЕРЛІК АТИПТІ ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ-УРЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУДЕГІ АЛҒАШҚЫ ТӘЖІРИБЕНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ Кулбаева С.Н., Налибаева Р.К., Азимова Д.А., Кадирханов А.З., Садвакасов С.С., Саркулова И.С.,Абилхаир М.Қ.	17
ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬДЫ КАНДИДОЗ Саркуова И.С.,Бархыбаева Н.А.,Талғат И.	28
АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕ ТӘУЛІКТІК ҚАН ҚЫСЫМЫН БАҚЫЛАУДЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ Бекназарова З.А., Абдужаппарова Х.Ш., Жумадилова А.Р.	37
ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ (әдеби шолу) Саркулова И.С., Байбосын М.А., Раимжанова А.У., Абабакирова Д.Т., Ермолева О.А.	47
СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК Муздыбаева Г.А.,Утепова Р.Я.,Мухитдинова Г.Н.	56
ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФФЕКТА КОЖИ РАСПАДАЮЩЕЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНОГО ЛОСКУТА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИЕЙ Жантеев М.Е., Оңғарбаев Е.Қ., Аманбаев Б.А., Қалдыбаева Ш.А., Калходжаева Y. М., Абдилова К.Б.	73
ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУІ Баратова Д.Б.	81
АНАТОМИЯ ПӘНІНЕН АСҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІН ОҚЫТУДА ЗАМАНАУИ ЭЛЕКТРОНДЫ ӘДІС-ТӘСІЛДЕРДІ ПАЙДАЛАНУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТИІМДІЛІГІ Аужан С.Б., Камал Н.К.	87
ОҚМА СТУДЕНТТЕРІНДЕ АСТЕНИЯЛЫҚ СИНДРОМ ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ Мустапаева Г.А., Толебаева Г.Е., Есетова А.А., Мусаева С.К., Муминова Р.К.	94
ЖОО-ДА ҚАЗАҚ ТІЛІН ОҚЫТУДЫҢ ҚАРАПАЙЫМ ӘДІСІ	100

Жақашбаева У.М., Дүйсенбі З.Б.	
ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ Нысантаева С.Қ.,Ташимбетова О.Ж., Рахымов А. Р.	110
INSULIN PUMP THERAPY IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS Bekenov N., Bakhtiyarkyzy A., Begmanova A., Kural A., Yerkinbek U.	120
НАШ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Калменов Н.Дж., Абдурахманов Б.А., Дуйсебеков М.Т., Әмір Е.Н.	127