



SOUTH KAZAKHSTAN  
**MEDICAL  
ACADEMY**



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

# ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

# ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

# VESTNIK

№1 (89), 2020

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN  
SCIENTIFIC JOURNAL

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (89), 2020

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy  
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан Регистрационное свидетельство №17199-ж от 04.07.2018 года.  
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» 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) 40-22-08, 40-82-22(5113)  
Факс: 40-82-19  
www.ukgfa.kz, ukgma.kz  
E-Mail: medacadem@rambler.ru,  
raihan\_ukgfa@mail.ru

Тираж 40 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилис», г. Шымкент.

**Главный редактор**

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

**Заместитель главного редактора**

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, асс.профессор

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов СССР и Казахстана

**Редакционная коллегия:**

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент  
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент  
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент  
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор  
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)  
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)  
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)  
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)  
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)  
Шнитовска М., Prof., Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Польша)



**«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЖӘНЕ СЕРІКТЕС ЕЛДЕРДІҢ ЖОО-  
ЛАРЫНДА СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ ДАМУДЫҢ ЖАҒДАЙЫ  
МЕН КЕЛЕШЕГІ» ТАҚЫРЫБЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-  
ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ  
МАТЕРИАЛДАРЫ**

**14-15 ақпан 2020 жыл, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы**

**МАТЕРИАЛЫ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ В ВУЗАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И В СТРАНАХ-  
ПАРТНЕРОВ»**

**14-15 февраля 2020 года, город Шымкент, Республика Казахстан**

МРНТИ 76.29.55

**Рахматова Д.С.**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,  
г.Бухара, Республика Узбекистан

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ**

### **Резюме**

Кариес зубов у детей является более серьезной проблемой для здравоохранения в связи с высокой распространенностью заболевания и низкой эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Вместе с тем, тенденции формирования и развития стоматологической заболеваемости детского населения в условиях повышенной антропогенной нагрузки городской среды обитания, а также планирование и реализация комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний, адекватных степени напряжения санитарно-гигиенической ситуации и экологического неблагополучия требуют дальнейшего уточнения. Совершенствование профилактических, диагностических и лечебных мероприятий на основе изучения мониторинга стоматологической заболеваемости, направленных на снижение распространенности и интенсивности кариеса у детей, определяет актуальность избранной для исследования проблемы, решение которой имеет крайне важное научное и практическое значение.

**Ключевые слова** апексогенез, пульпы, ортодонтические аппараты, Аэродент.

### **Актуальность**

Лечение травм зубочелюстной области у детей часто вызывает трудности у стоматолога, беспокоит ребенка и родителей. Травматические повреждения зубов чаще встречается как самостоятельный тип травмы у детей. Под травмой зуба понимают нарушения анатомической целостности зуба, окружающих его тканей или изменения положения зуба в зубном ряду [1,2,10].

По данным как отечественных, так и зарубежных авторов [2], каждый 3-4 ребенок подвержен острой травме зубов в той или иной степени. Большинство случаев вызвано падениями или несчастными случаями во время игр или занятий спортом. Чаще повреждения встречаются у мальчиков. Предрасполагающим фактором является глубокое резцовое перекрытие. Резцовое перекрытие 3-6 мм удваивает частоту травм резцов по сравнению с показателем 0-3 мм. Резцовое перекрытие более 6 мм увеличивает риск в 3 раза.

В настоящее время у детей от 1 до 5 лет широко распространены заболевания слизистой оболочки полости рта стоматит и кариес зубов. Для профилактики и лечения этих заболеваний можно использовать зубную чистящую капсулу «Аэродент». В настоящее время увеличиваются разновидности зубных чистящих средств для детей, но их неэффективность и трудность использования приводит в итоге к увеличению инфекционных заболеваний полости рта, стоматитов и кариеса зубов.

По данным А.Cameron, R.Widmer, 2003 частота встречаемости 22% детей получают травму постоянных зубов до 14 лет. Соотношение мальчики и девочки составляет 2:1. Наибольшее количество случаев наблюдается в возрасте 8- 10 лет. В основном повреждаются верхние передние зубы. Чаще повреждается один зуб. Диагностика степени повреждения зубов после удара затруднительна.

Лечение травм, сопровождающихся повреждением пульпы или смещением зуба, всегда связаны с риском, так как его последствия непредсказуемы. Выбор тактики лечения будет зависеть от характера повреждения, вскрытия пульповой камеры, сохранения жизнеспособности пульпы и зоны роста, стадии формирования корней, сроков обращения в клинику после получения травмы. Кроме того, повреждение апикальных сосудов может стать причиной гибели тканей периодонта и нарушить рост и формирование корня зуба.

Наибольшее число ошибок связано с лечением зубов с несформированными корнями. Принципы лечения травм зубов у взрослых не всегда оправданы для детей. Это требует дифференцированного подхода к лечению зубов в зависимости от степени формирования корня в длину.

Преимущества "Aerodent" следующее:

- В чистящей капсуле вместо воды используется лечебный экстракт.
- Модель многокамерная, то есть имеет 30 трубочек способствующих чистки зубов со всех поверхностей зуба и зубных промежутков.
- Основной функцией модели является быстрое и качественное лечение гнойного воспаления ротовой полости.
- Использование чистящей капсулы очень простое и процесс одномоментный, им могут пользоваться дети.
- Его можно использовать в качестве зубной щетки для нейтрализации кислот и сохранения нормальной биосреды ротовой полости.

Эта полезная модель может использоваться в стоматологии и отоларингологии для промывки зубов и ротовой полости. Чистящую капсулу можно использовать для лечения и профилактики стоматитов полостей рта, трофических ран, повреждений слизистой оболочки, кариеса зубов и органических изменений твердых тканей зубов.

Основная цель использования чистящих капсул:

- Чистка и нейтрализация кислот с поверхностей зубов после еды.
- Нормализация *ph* среды ротовой полости.
- Восстановление эубиоза ротовой полости и уменьшение патогенных микроорганизмов.
- Сохранения органотрофики зубов и десен.

Правильная постановка быстрого, дешевого, эффективного лечения и профилактики кариеса зубов и стоматитов. Зубная капсула "Aerodent" состоит из 2 частей "капа соответствующая форме зубной борозде" и "ампула для экстракта". Эти части чистящей капсулы соединены между собой и используются для чистки контактных поверхностей зубов (*fascies contactus*), сохранение внутренней *ph* среды, нормализации эубиозы ротовой полости.

Ампула для экстракта – это специальный герметический сосуд, имеет трубочку через, которую экстракт под большим давлением переходит в сосуды капы. Ампула может быть изготовлена из никеля или силикона. Объем ампулы 800 см<sup>3</sup> и содержит при себе 800мл жидкости. При одноразовом использовании расходуется 10 мл жидкости, это значит, что можно использовать около 80 раз. Жидкость выходит из ампулы в виде аэрозоля. Его используют дети после еды для сохранения постоянства зубных рядов, и для уменьшения пищевых остатков и патогенных микроорганизмов в ротовой полости. Ребенок используя "Aerodent" надевает капу и нажимают на кнопку аэрозоля, экстрактом выделившейся под большим давлением чистит зубы верхней челюсти сверху вниз и нижнюю челюсть снизу вверх.

#### **Цель исследования**

Сейчас в мире используют Water flosser (WP-660E2-instruction-manual.pdf) и DENTAL SPA water floss irrigator их используют не для лечения заболеваний полости рта и зубов, а только для их профилактики. Модель "Aerodent" отличается от них.

### **Материал и методы**

Состав экстракта жидкая суспензия, настойка, и прозрачная жидкость; для определения вида и состава экстракта учитывают вид болезни, стадию, состояние больного, возраст и цель применения.

В зависимости вида и состояния болезни определяется состав эидкости ампулы:

1. Отдельный экстракт для лечения стоматита.
2. Отдельный экстракт для лечения зубных поражений.
3. Отдельный экстракт для промывки и профилактики заболеваний ротовой полости.

Зубной капсулой могут пользоваться дети от 4 лет. Используют после еды, надевая капю нажимают на кнопку аэрозоля. При этом выделившийся аэрозоль распространяется от зубных полостей по всей ротовой полости.

Показания к применению зубных капсул: для профилактики до и после зубных поражений и заболеваний полости рта, стоматит, гингивит, парадонт, воспаление слизистой оболочки полости рта, кариес, чистка и профилактика образования желтых бляшек в коронковой части зуба, для защиты ротовой полости от патогенных микроорганизмов.

Противопоказания к применению зубных капсул: в основном при хирургических операциях выполненных в ротовой полости, остро очаговом и распространенном гнойном воспалении, при кислотных и термических ожогах ротовой полости и у детей с не прорезывшими зубами.

### **Результаты исследований**

Из этой капсулы пользовались 24 пациента, 14 пациентов часто болели стоматитом и использовали для лечения стоматита, а остальные 10 пользовались для профилактики и поддержание нормальную биосреду полости рта. Пациенты которые часто болели стоматитом, после пользования капсул, последние три месяца болезнь не наблюдалось. Пользователи для профилактики и поддержание нормальную биосреду полости рта, поддерживая "Aerodent" сказали, что у них сне возникли проблемы с капсулой.

### **Выводы**

В настоящее время для быстрого, эффективного, безвредного и дешевого лечения и профилакти кариеса зубов и стоматитов у детей и взрослых можно воспользоваться чистящей зубной капсулой. Зубная капсула "Aerodent" обеспечивает чистую среду в ротовой полости, нормальное состояние зубов и слизистой оболочки ротовой полости. Больные дышат свободно, и ощущают чистый холодный воздух. Антибактериальные вещества убивают патогенные микроорганизмы. Научная работа запатентована № FAP – 20190031

### **Литература**

1. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно - лицевая хирургия/В.А.Зеленский, Ф.С.Мухорамов. – М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 2009. – 206с.
2. Детская терапевтическая стоматология: Национальное руководство / Под редакцией В.К.Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: «ГЭОТАР- Медиа».-2010. – 890с.
3. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста».- ООО «Книга плюс», 2005.- С. 308-356.
4. Ананьев П.Б. Влияние на здоровье детей основных факторов, формирующих среду обитания в современном городе: Автореф. дисс. . к.м.н,-М., 2000,- 24 с.
5. Ананьев П.Б. Влияние на здоровье детей основных факторов, формирующих среду обитания в современном городе: Дисс. . к.м.н,- М., 2000,- 151 с.
6. Ахметзянов И.М. и др. Некоторые экологические аспекты проблемы шумового загрязнения // В кн.: Ноология, экология ноосферы, здоровье и образ жизни,- С-Пб., 1996.- С. 10-11.

7. Баранник Н.Г. Морфологические изменения в слизистой оболочке альвеолярных отростков экспериментальных животных под влиянием вредных факторов силулинового производства // В кн.: Вопросы теоретической и клинической медицины.- М., 1977,-С.7.

8. Беляева Н.Н. и др. Связь изменений слизистой оболочек носа и рта с иммунным статусом при воздействии факторов окружающей среды // Гигиена и санитария, 2001.- № 5.- С.62-64.

9. Белякова Т.М. Эколого-геохимические особенности городских ландшафтов в центрах металлургического производства // В кн.: Географическое прогнозирование и охрана природы,- М., 1990,- С.74-83.

10. Бердник О.В. и др. Показатели популяционного и индивидуального риска при оценке влияния факторов окружающей среды на здоровье детского населения // Гигиена и санитария, 2001.- № 5,- С.94-97.

11. Буштуева К.А. Выбор зон наблюдения в крупных промышленных городах для выявления атмосферных загрязнений на здоровье населения // Гигиена и санитария, 1985.- № 1.- С.4-6.

12. Вельтишев Ю.Е., Фокеева В.В. // Материнство и детство.- № 12, 1992,-С.30-35.

13. Вельтишев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей. Химическая экопатология // Приложение к Российскому вестнику перинатологии и педиатрии: лекция № 9,- М., 1995.- 57 с.

## Түйін

**Рахматова Д.С.**

Әбу Әли ибн Сино атындағы Бұхара мемлекеттік медицина институты, Бұхара қ., Өзбекстан Республикасы

### **ДӘРІЛІК ЗАТТЫ ПАЙДАЛАНА ОТЫРЫП, БАЛАЛАРДАҒЫ ТІСТЕРДІҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЗАҚЫМДАНУЛАРЫН ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ӘУЕАЙЛАҚ**

Балалардағы тістердің кариесі аурудың жоғары таралуына және емдеу-алдын алу іс-шараларының тиімділігінің төмендігіне байланысты денсаулық сақтау үшін аса маңызды мәселе болып табылады. Сонымен қатар, қалалық тіршілік ету ортасының жоғары антропогенді жүктеме жағдайында балалар халқының стоматологиялық ауруын қалыптастыру және дамыту үрдістері, сондай-ақ санитарлық-гигиеналық жағдай мен экологиялық қолайсыздық кернеуінің деңгейіне барабар стоматологиялық аурулардың алдын алудың кешенді бағдарламаларын жоспарлау және іске асыру одан әрі нақтылауды талап етеді. Балалардың тіс жегінің таралуын және қарқындылығын төмендетуге бағытталған стоматологиялық сырқаттанушылықтың мониторингін зерттеу негізінде профилактикалық, диагностикалық және емдеу іс-шараларын жетілдіру зерттеу үшін таңдалған проблеманың өзектілігін анықтайды, оны шешу өте маңызды ғылыми және практикалық маңызы бар.

**Кілт сөздер:** апексогенез, пульпалар, ортодонтикалық аппараттар, әуеайлақ.

## Summary

**Rakhmatova D.S.,**

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sin, Bukhara, Republic of Uzbekistan

### **FEATURES OF TREATMENT OF TRAUMATIC DAMAGE IN TEETH IN CHILDREN USING MEDICINE AERODENT**

Tooth decay in children is a more serious public health problem due to the high prevalence of the disease and the low effectiveness of ongoing treatment and preventive measures. At the same time,

the trends in the formation and development of dental morbidity in the child population under conditions of increased anthropotechnogenic load in the urban environment, as well as the planning and implementation of comprehensive programs for the prevention of dental diseases that are adequate to the degree of stress in the sanitary-hygienic situation and environmental disadvantage, require further clarification. Improving preventive, diagnostic and therapeutic measures based on the study of monitoring of dental morbidity, aimed at reducing the prevalence and intensity of caries in children, determines the relevance of the problem chosen for research, the solution of which is of crucial scientific and practical importance.

**Key words:** apexogenesis, pulps, orthodontic appliances, Aerodent.

**Сведения об авторах:**

Рахматова Дильнора Саиджоновна - ассистент кафедры детской стоматологии Бухарского государственного медицинского института, Узбекистан, город Вухоро в Бухарской области. Ашхабад 30, e-mail: [rahmatova@mail.ru](mailto:rahmatova@mail.ru)



МРНТИ 76.29.55

**Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Агабева Ю. Г.**

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИМАКСИЛЛЯРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА**

### **Резюме**

Актуальность проблемы разработки и совершенствования методов хирургического лечения вторичных деформаций верхней и нижней челюстей определяется ростом числа пациентов с деформациями лицевого скелета после первичных операций на губе и небе. Многочисленные исследования, проведенные отечественными и зарубежными учеными, свидетельствуют о том, что только изучение отдаленных результатов лечения больных с деформациями челюстей может дать ответ на многие вопросы, а именно: насколько эффективны усовершенствованные или разработанные методы лечения, целесообразен ли комплексный подход к планированию и лечению больных с деформациями челюстей, какая должна быть последовательность и сроки реабилитационного лечения.

**Ключевые слова:** остеотомия, микрогнатия, ретрогнатия, ортогнатическая хирургия

### **Цель исследования**

Цель исследования заключается в повышении эффективности реабилитации больных с ВРГН, сопровождающимися функциональными и эстетическими нарушениями средней зоны лица после хейло- и уранопластики, за счёт разработки алгоритмов планирования и комплексного хирургического лечения.

### **Материалы и методы**

Все пациенты были обследованы клинически и рентгено-логически, изготавливались диагностические модели, проводилось фотодокументирование. Цефалометрические измерения выполнялись до, непосредственно после оперативного вмешательства на верхней челюсти, а также в динамике, через 12 и 24 месяца.

Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения мы использовали следующие критерии комплексной оценки результатов лечения: субъективная оценка внешности лица, антропометрическое измерение лица и диагностических моделей челюстей и сравнение результатов исследования, рентгенологическое исследование по схеме и сравнение его с результатами первоначального исследования, сравнительная оценка фотографий лица фас и профиль.

Хирургическое лечение тяжелых деформаций средней зоны лица, обусловленных верхней ретрогнатией, сочетающейся с нижней прогнатией, проведено у 38 больных в возрасте от 16 до 35 лет с ВРГН, у 24 – с ОВРГН, у 9 – с ДВРГН, у 5 – с ВРН.

Вторичную костную пластику проводили после ортодонтического расширения верхней челюсти, когда костные фрагменты занимали положение, соответствующее размерам нормальной челюсти. Остеотомия только верхней челюсти проведена у 4 пациентов, остеотомия верхней и нижней челюстей - у 34. У 20 пациентов при проведении сравнительного морфометрического анализа верхнего и нижнего зубных рядов выявлено, что при перемещении челюстей в правильное анатомическое положение не создается оптимальное количество окклюзионных контактов в связи с рядом причин, таких как недостаточное расширение верхнего зубного ряда при ортодонтическом лечении, наличие дефекта зубных рядов и др.

В связи с этим для создания большего количества окклюзионных контактов у 12 пациентов верхняя челюсть во время операции была разделена на несколько фрагментов и разведена с использованием промежуточных капп-шплинтов, фрагменты были установлены в нужном положении и фиксированы минипластинами.

Результаты собственного исследования: У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Выявлена достоверная корреляционная связь между возникновением рецидива и качеством фиксации фрагментов перемещенных челюстей и проводимого послеоперационного ортодонтического лечения ( $p < 0,05$ ).

Предписанное хирургом ортодонтическое лечение было не проведено, либо было начато не в положенный срок, либо получено не в полном объёме и нерегулярно. Важно отметить, что у пациентов, у которых возникли рецидив, деформация в послеоперационном периоде была значительно менее выражена, чем в дооперационном периоде.

Причинами рецидивов заболевания после хирургического лечения верхней ретрогнатии могли быть: неправильно выбранные методика оперативного лечения и костнопластического материала. Так, у 5 пациентов выдвижение верхней челюсти составило более чем 6-8 мм, и для стабилизации фрагментов верхней челюсти костнопластический материал не был использован; нарушение техники оперативного вмешательства и раннего послеоперационного ведения больного; отсутствие или неадекватность ортодонтического лечения. У 5 пациентов через 12 месяцев после ортогнатического хирургического лечения был отмечен прикус по типу прямого, при динамическом наблюдении в течение последующих 2-х лет прикус оставался неизменным.

По данным анализа ТРГ в боковой проекции, проведенного в послеоперационном периоде, отмечено, что угол ANB составил у пациентов со стабильным результатом окклюзии от 1 до 3 градусов. Таким образом, среди угловых параметров у пациентов с ВРГН с ретрогнатией верхней челюсти после бимаксиллярной хирургии достоверно ( $p < 0,05$ ) изменены такие параметры как SNA, SNB и ANB, что указывает на достоверное изменение положение верхней и нижней челюстей относительно основания черепа и относительно друг друга.

Кроме того, при анализе данных параметров у пациентов, которым проведено ортогнатическое хирургическое лечение одномоментно на верхней и нижней челюсти, изменения вертикальных параметров  $Ag/Go/Me$  и  $N/Go/Me$  также отличаются достоверно у пациентов с ВРГН с мезиальным прикусом. Критериями проведения костной пластики из гребня подвздошной кости при проведении бимаксиллярной хирургии явились (с целью стабилизации фрагментов верхней челюсти): выдвижение верхней челюсти более чем на 4 мм, разведение фрагментов верхней челюсти в трансверзальной плоскости для устранения ее сужения.

Для стабилизации верхней челюсти после ее остеотомии при выдвижении более чем на 4 мм была проведена одномоментно костная пластика передней стенки верхней челюсти костным блоком из гребня подвздошной кости с жесткой фиксацией титановыми минипластинами. Это позволило достичь стабильности верхней челюсти у 15 пациентов с ВРГН с мезиальной окклюзией после бимаксиллярной хирургии.

Стабильный и функциональный результат после проведенного ортогнатического лечения пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в сочетании с мезиальной окклюзией получен у 33 из 38 (87%) больных.

Рецидив сагиттального смещения челюстей выявлен у 5 (13%) обследованных, из них 3 с двусторонней и 2 – с односторонней расщелиной. У этих 5 больных была проведена бимаксиллярная операция, и верхняя челюсть была выдвинута более чем на 6 мм.

Выявлено, что у всех пациентов достоверно увеличились такие параметры, как  $U6-Ptv$ , указывающие на положение первых моляров относительно точки  $Ptv$ , что говорит о значительном перемещении верхней челюсти вперед. Важно отметить, что достоверных изменений некоторых линейных параметров у больных с одно- и двусторонней ВРГН не выявлено в связи с тем, что при проведении только остеотомии верхней челюсти изменения

линейных параметров, таких как, например, Go-Pg, характеризующих длину нижней челюсти и др. соответственно, не будет. В связи с этим при анализе в группе, учитывая статистическую обработку по Стьюденту, достоверные изменения не определяются.

При обследовании больных отмечались правильные контуры лица. У тех больных, у которых одновременно с остеотомией верхней челюсти проводилась и остеотомия костей носа, форма носа значительно улучшена. Соотношение губ нормальное. Носовое дыхание у всех больных субъективно и клинически было улучшено.

В области пародонта верхней челюсти патологических изменений нет. Зубы неподвижны, цвет их не изменен. При осмотре носо- и ротоглотки клинически каких-либо отклонений от нормы и недостаточности небно-глоточного контакта не обнаружено. У 9 больных с небноглоточной недостаточностью, у которых мягкое небо до операции (osteotомии верхней челюсти) было рубцово укорочено, оно оставалось укороченным и после операции.

В большинстве случаев при рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстных суставов соотношение элементов в самих сочленениях после хирургического лечения деформации верхней челюсти нарушены не были.

Все обследованные нами пациенты в отдаленные сроки были удовлетворены достигнутыми эстетическими и функциональными результатами комплексного лечения. При внешнем осмотре и клиническом обследовании больных с деформаций челюстей после ее устранения отмечалось значительное улучшение контуров и пропорций лицевого скелета. Сохранялась достигнутая в результате лечения ортогнатическая окклюзия зубных рядов. Открывание рта в полном объеме.

Слизистая оболочка полости рта без патологических изменений. У всех больных улучшилась эстетика лица. Более всего улучшалось положение верхней челюсти в трансверзальной и сагиттальной плоскостях. Подбородок устанавливался по среднесагиттальной плоскости. Восстанавливалась симметрия лица, свободное смыкание губ.

При осмотре полости рта отмечалось совпадение межрезцовых линий зубных дуг верхней и нижней челюстей, во фронтальном отделе была устранена сагиттальная щель. Исправлено положение отдельных зубов. Вследствие перемещения верхней челюсти вперед с одновременным смещением нижней челюсти назад удалось достигнуть нормальных значений углов SNA, SNB и ANB.

После остеотомии по Лефорт I и выдвижения верхней челюсти в новое положение угол SNA составил  $82,5 \pm 2,1$  градуса, а угол ANB  $2,1 \pm 1,2$  градуса, а после смещения нижней челюсти кзади угол SNB был равен  $79,4 \pm 2,2$  градуса. Контрольные цефалометрические измерения в динамике наблюдения, выполненные через 12 (T3) и 24 (T4) месяца, показали стабильное положение верхней и нижней челюсти. (данные в таблице 1)

Таблица 1 - Показатели угловых и линейных параметров ТРГ в боковой проекции до и после ортогнатической хирургии у пациентов с ВРГН с использованием промежуточных капп-шплинтов и фиксированные титановыми минипластинами, n=38

Параметры	Норма	М±m до операции	М±m после операции	М±m через 24 месяца
SNA °	82,0±3,0°	76,7±2,4 *	82,1 ±0,9	82,0 ±0,9
SNB °	80,0±3,0°	82,1±2,1	79,4±1,2	80,1±2,0
ANB °	2,0±2,0°	-6,0±0,9 *	2,1±0,2	2,1±0,2
NL/NSL °	8,5±3,0°	14,1±1,1	12,1±1,2	12,0±1,2
ML/NSL °	32,0±6,0°	40,3±1,2 *	37,1±1,3	37,0±1,4
NL/ML °	23,5±3,0°	27,2±1,6	25,1±1,2	25,4±1,1
SNPog °	82,0±3,0°	83,1±3,1	82,2±1,1	82,0±2,1
NSBa °	130,0±6,0°	135,2±2,3	135,2±2,3	135,2±2,3
arGoGn °	126,0±10,0°	134,2±2,2	130,2±2,5	130,3±2,1
Max1-NA °	22,0±3,0°	34,4°±1,5*	29,5±2,3	29,3±2,5
Mand1-NB °	25,0±3,0°	23,2±1,1	24,3±1,3	24,2±1,3
Max1-NSL °	102,0°±3,0	95,1±1,2*	102,0±2,8	102,0±2,8
Mand1-ML °	90,0°±3,0	87,7±2,2	89,3±2,2	89,2±2,1
Характеристика Wits,mm	0±1,0	-7,4±1,5 *	1,2±0,2	1,0±0,3
S-N, mm	77,7±1,0	74,2±0,2*	74,2±0,2*	74,2±0,2*
U6-PtV,mm	21,0±1,0	11,2±1,8 *	17,0±1,4	16,8±1,3
Go-Pg,mm	73,2±1,5	71,9±1,1	72,4±1,0	72,4±1,0
N-Sna,mm	50,0±1,0	52,9±1,3	51,6±1,4	51,1±1,2
Sna-Me,mm	59,1±2,0	65,8±0,6*	61,8±0,4	61,7±0,3

Примечание. \* - p<0,05 по сравнению с нормой.

Сочетание остеотомии верхней челюсти с одномоментной костной пластикой дефекта передней стенки верхней челюсти и расщелины альвеолярного отростка трансплантатами позволило достигнуть репаративной регенерации костной ткани в 83,5% случаев.

Анализ рецидивов показал, что во время операции необходимо тщательно ушивать ротоносное соустье, фиксировать трансплантат, без натяжения укрывать мягкими тканями. При изучении отдаленных результатов лечения и анализе рентгенограмм лицевого скелета нами прослежена судьба костных трансплантатов, расположенных между линией остеотомии.

Через 2 года после операции трансплантаты на рентгенограммах уже не отличались от окружающих костных тканей. Контрольные цефалометрические измерения, выполненные у этих больных через 12 и 24 месяца, показали стабильное положение верхней и нижней челюстей, что свидетельствует об эффективности пересадки костного блока и большей устойчивости его к резорбции.

Изменения линейных и угловых параметров ТРГ до, после и в динамике наблюдения через 12 и 24 месяцев показаны в таблице 2.

Таблица 2 - Цефалометрические данные пациентов до, после бимаксиллярной хирургии и в динамике наблюдения, n=38

Линейные и угловые параметры	T-1	T-2	T-3	T-4
SNA °	76,1±2,3	82,2±1,1*	81,6±1,1*	81,0±1,1*
SNB °	82,1±2,2	80,1±2,1	80,1±2,1	80,1±2,1
ANB °	-6,1±1,3	2,1±0,1*	1,8±0,3*	1,6±0,2*
NL/NSL °	12,9±2,1	11,1±1,4	11,0±1,3	11,0±1,6
ML/NSL °	39,6±2,1	33,6±1,7	32,6±1,5	32,4±1,4
NL/ML °	27,8±1,3	25,2±1,2	25,1±2,2	25,0±2,5
SNPog °	83,1±2,1	82,0±2,1	82,0±2,1	82,0±2,1
arGoGn °	134,3±2,2	130,4±2,1	130,3±2,7	130,3±2,7
Max1-NA °	34,3±1,5	29,1±2,1	29,0±2,1	28,0±2,1
Mand1-NB °	23,3±1,1	24,2±1,3	24,1±1,3	24,1±1,3
Max1-NSL °	95,6±1,2	102,0±0,8*	101,0±0,8*	101,0±0,6*
Mand1-ML °	88,3± 2,2	89,2±2,1	89,1±2,1	89,0±2,3
Характеристика Уитса mm	-7,4±1,5	1,4±0,3*	1,0±0,5*	0,3±0,2*
S-N (mm)	65,2±1,4	65,2±1,4	65,2±1,4	65,2±1,4
U6-PtV,mm	11,1±0,6	17,2±0,8*	17,2±0,8*	17,2±0,8*
Go-Pg, mm	75,8±1,2	71,9±1,1	71,9±1,1	71,9±1,1
N-Me, mm	117,1±1,8	112,2±0,9*	112,2±0,9*	112,2±0,9*
N-Sna, mm	52,9±1,3	51,6±1,4	51,6±1,4	51,6±1,4
Sna-Me, mm	65,2±1,2	62,7±1,3	62,7±1,3	62,7±1,3

Примечание. \* -  $p < 0,05$  по сравнению с данными до операции (T-1).

После проведенной остеотомии верхней и нижней челюсти профиль мягких тканей лица значительно улучшался. Так, достоверно изменились угол (gl-UL-pg) профиля лица, угол выпуклости лица (Gl'-Sn'-pog), носогубной угол (SnCM-SnLbSup), подбородочно-губной угол (li-ils-cl), положение верхней губы относительно линии sn-pg. Результаты цефалометрических и антропометрических измерений, выполненных через 12 и 24 месяца после завершения бимаксиллярной хирургии, также свидетельствуют о стабильности положения верхней и нижней челюсти. После хирургического лечения угол SNA составил 83,1±3,1 градуса, угол ANB 2,1±1,2 градуса.

**Закключение.** Таким образом проведенные нами клинические исследования и хирургическое лечение 38 пациентов с деформациями верхней челюсти после первичных операциях на верхней губе и небе с помощью бимаксиллярной хирургии позволили сделать следующие выводы:

- Сравнительный анализ показателей антропометрических и рентгенологических исследований, проведенных до и после ортодонтико-хирургического лечения, показал, что комплексный подход к лечению позволяет индивидуально прогнозировать результаты лечения, сокращает число рецидивов деформации и ведет к социальной реабилитации пациентов с деформациями челюстей.

- Анализ результатов лечения свидетельствует о том, что удалось полностью или частично компенсировать деформацию челюстно-лицевого скелета, а также существенно нормализовать прикус и соотношения зубных рядов. Деформации вышележащих отделов лицевого скелета далее не усугублялись. Положительная динамика перестройки структуры костной ткани под действием функциональной нагрузки и сохранение симметрии лица в процессе роста пациента подтверждает целесообразность раннего начала послеоперационного ортодонтического и ортопедического лечения (через 1-1,5-2 мес. после операции).

- Обратное сагиттальное смещение после бимаксиллярной хирургии возникло у 5 (13%) больных. Изменился угол SNA и соответственно угол ANB. Угол SNB после хирургической коррекции деформации челюстей остался без изменения, т.е. рецидива не наблюдалось.

- Планирование хирургического лечения больных с верхней микрогнатией должно проводиться с учетом данных всех методов исследования и создания оптимального баланса прикуса с множественными фиссурно-бугорковыми контактами между зубами антагонистами. Для этой цели необходимо совместно с ортодонтом изготавливать промежуточные каппы-шпилнты, что увеличивает возможность точной постановки челюстей в заранее установленном ортогнатическом положении.

- При наличии деформаций зубных рядов ортодонтическое лечение должно быть проведено до основной операции, что позволяет в дальнейшем получить более стойкие и эффективные результаты лечения.

- После остеотомии по Лефорт максимальное выдвижение верхней челюсти и продвижение в сагиттальной плоскости составило 8 мм.

- Губчато-кортикальный аутотрансплантат (костный блок) может использоваться для стабилизации верхней челюсти после ее выдвижения более чем на 4 мм при проведении бимаксиллярной хирургии с помощью остеотомии по Лефорт.

- Использование титановых минипластин и минишурупов обеспечивает надежную фиксацию и стабилизацию фрагментов челюстей после проведения бимаксиллярной хирургии.

- При проведении бимаксиллярной хирургии 10 мм является крайней дистанцией при одномоментном выдвижении верхней челюсти с помощью Лефорт I остеотомии у больных с III классом по Энгло, так как превышение данного лимита приводит к нестабильности фрагментов челюстей и высокой частоте рецидивов. Для пациентов с тяжелой формой ретрогнатий верхней челюсти, сочетающейся с врожденной расщелиной губы и неба, этот лимит составляет максимум 8 мм из-за влияния рубцов местных мягких тканей и недостаточности небноглоточного кольца.

### Литература

1. Bessonov S.N., Davydov B.N. The deformities of middle part of face in cleft lip and palate patients: Primary and secondary correction // Abstracts of 10<sup>th</sup> congress ESPRAS. – Vena, 2005. – P. 69.

2. Shokirov Sh., Azimov M. Surgical rehabilitation of cleft lip and palate patients using distraction osteogenesis and ortognathic surgery. Criteria of optional methods of surgical treatment. Ukrainian Journal of Surgery. - Донецк, 2010.- №2.- С.59-61

3. Давыдов. Б.Н. Патогенез врожденных деформаций лицевого скелета у больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба.-М., 2002.-С. 91-100

4. Супиев, Т.К. Врожденная расщелина верхней губы и нёба (этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации) / Т.К. Супиев, А.А. Мамедов, Н.Г. Негаметзянов. - Алматы: Б.и., 2013. - 496 с.

5. Федотов Р.Н., Топольницкий О.З., Чепик Е.А. и др. Лечение зубочелюстно-лицевой деформации после хейлоуранопластики // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – №2 (29). – С. 38-46.

6. Федотов Р.Н., Чепик Е.А. Ортогнатическое хирургическое лечение пациентов с зубочелюстными деформациями после хейло- и уранопластики в системе комплексной реабилитации // Материалы 12-й Всерос. науч.-практ. конф. КГМУ. – Казань, 2007. – С. 199 - 200.

7. Шокиров Ш.Т. Вторичные деформации средней зоны лица у больных с врожденной расщелиной губы и неба после хейло- и уранопластики. Патология. - Ташкент, 2009. - №4. - С.18-22

**Түйін**

**Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Агабева Ю.Г.**

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент, Өзбекстан

**БИМАКСИЛЛАРИЯЛЫҚ ӨМІРЛІК ЖАУАПТАРДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ  
НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ НАУҚАСТАРМЕН БІРГЕ ЛИП ПЕН АСПАННЫҢ  
КОНСТИТУЦИЯЛЫҚ СПЛИТІМЕН БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ**

Қысқаша мазмұны. Жоғарғы және төменгі жақтың қайталама деформацияларын хирургиялық емдеудің әдістерін жасау және жетілдіру мәселесінің өзектілігі ерін мен таңдайға жасалған алғашқы операциялардан кейін бет қаңқасының деформациясы бар науқастар санының артуымен анықталады. Отандық және шетелдік ғалымдар жүргізген көптеген зерттеулер көрсеткендей, жақ сүйегінің деформациясы бар пациенттерді емдеудің ұзақ мерзімді нәтижелерін зерттеу көптеген сұрақтарға жауап бере алады, атап айтқанда: жетілдірілген немесе дамыған емдеу әдістері қаншалықты тиімді, науқасты жоспарлау мен емдеудің кешенді әдісі орынды ма? жақ сүйектерінің деформацияларымен емдеудің кезектілігі мен мерзімдері қандай болуы керек.

Кілт сөздер: остеотомия, микрогнатия, ретрогнатия, ортогнатикалық хирургия

**Summary**

**Shokirov Sh.T., Mukimov I.I., Agabeva Yu. G.**

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

**EVALUATION OF RESULTS SURGICAL SOLUTION OF BIMAXILLAR SURGICAL  
REMOVAL OF SECONDARY DEFORMATION OF THE UPPER JAW IN PATIENTS WITH  
CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE**

Summary. The urgency of the problem of developing and improving methods for the surgical treatment of secondary deformities of the upper and lower jaws is determined by the increase in the number of patients with facial skeleton deformities after primary operations on the lip and palate. Numerous studies conducted by domestic and foreign scientists indicate that only the study of the long-term results of treatment of patients with jaw deformities can answer many questions, namely: how effective are improved or developed treatments, is a comprehensive approach, suitable for planning and treating patients with jaw deformities, what should be the sequence and timing of rehabilitation treatment.

Key words: osteotomy, micrognathia, retrognathia, orthognathic surgery

**Сведения об авторах:**

Шокиров Шохрух Толибекович, Мукимов Икром Илхомович, Агабева Ю. Г.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

МРНТИ 02.51.25

**Мухамедова З.М., Умирзакова Н.А., Сатарова Д.Г., Худайбергенова П.Т.**  
Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**ЦЕННОСТНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СЕМИНАРОВ-ТРЕНИНГОВ, ПРОВОДИМЫХ НА ЭТАПЕ ДО  
ДИПЛОМНОЙ И ПОСДИПЛОМНОЙ БИОЭТИЧЕСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГАМИ ТГСИ В КОНТЕКСТЕ  
РЕФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ**

**Резюме**

Сегодня особую актуальность приобретает изучение биоэтики – области междисциплинарных исследований этических, моральных, биологических и юридических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новых технологий в повседневную жизнь каждого человека. Биоэтика защищает интересы человека, участвующего в клинических исследованиях, защищает права пациента и самого врача.

Студенческие семинары-тренинги, конференции - это тип обучения по запросу и педагогика под руководством не только преподавателей, но и самих студентов. Такие научно-теоретические и учебно-методические мероприятия могут способствовать обучению во многих областях, необходимых для профессиональной стоматологической практики, включая навыки межличностного общения, адаптивные способности, профессиональное отношение и этические суждения, предпринимательство, а также социальную и общественную ориентацию. Семинар-тренинг под руководством студентов 2,3,4 курса и магистров 1 и 2 года обучения, был проведен 16 декабря 2019 года в Ташкентском государственном стоматологическом институте с участием студентов и магистрантов Южно-Казахстанской медицинской академии, представителем локальной биоэтической комиссии ЮКМА и профессором философии Таджикского медицинского университета из Душанбе.

В поле зрения студентов, изучающих не только биологические науки полости рта, но и гуманистику, были актуальные проблемы биоэтики в Узбекистане и Казахстане. В сборнике материалов семинара-тренинга рассмотрены теоретические и практические вопросы, связанные со способами предупреждения рисков в современных научно-технологических трендах и в биомедицине. Известно, что много лет в международной системе медицинского образования введены обязательные курсы биоэтики, из которых будущие специалисты узнают о характере моральных проблем в современной биомедицине и о сущности биоэтических принципов и правил, на которые нужно опираться в их разрешении. Данный семинар-тренинг в соответствии с указанными стандартами расширяет практику формирования и воспитания биоэтического мировоззрения будущего специа-листа, переходя от методики аудиторного и лекционного занятия к научно-практическому, самостоятельному творческому мышлению.

Целью этого исследования было изучение опыта образовательных задач, воспитания и формирования биоэтического мировоззрения, публикационной этики, которые были поставлены на семинаре-тренинге (16 декабря 2019 Ташкент), а также ранее проведенных подобных мероприятий кафедрой социально-гуманитарных наук ТГСИ. В 2017-2018 и 2019 учебном году были проведены конференции и семинары –тренинги с международным участием, опыт участников конференции был записан из обсуждения в фокус-группе. Были изучены содержательные отчеты, анкетирование, собранные участниками, за два года работы кафедры в направлении преподавания курса биоэтики.

Тематический анализ выделил четыре основные темы: 1-Актуальные проблемы становления медицинского права и биоэтики в Узбекистане. Электронное здравоохранение, технологии больших данных; 2- Гуманистика в медицине как путь совершенствования



профессионализма врачей.: 3-Этические проблемы национально-культуральных исследований в различных областях новых биомедицинских технологий.; 4- Роль культурно-религиозных особенностей в развитии биоэтики.

**Ключевые слова:** стоматология, исследовательская этика, публикационная этика, гуманистика, медицинское право и биоэтика, электронное здравоохранение, профессионализм врачей, новые биомедицинские технологии, культурно-религиозные особенности.

### **Материалы и методы**

Анализ информации, полученной из собственного опыта проведения семинаров-тренингов, конференций, научной литературы, поиска информации по проведенным исследованиям.

### **Результаты и обсуждение**

Несмотря на сохранение порой вековых традиций и существование противоречивой системы ценностей, периоды этической переоценки на пути развития общества и медицины были всегда. Значительная часть населения не только на Западе, сегодня осознает, что технология создала важные этические проблемы, которые ранее не поднимались, что существуют проблемы в системе здравоохранения связанные и с ценой и с результатом. Если до последней трети XX века этические вопросы в медицине, темы этических дискуссий сводились к вопросам о врачебных практиках и как они были связаны между собой: должны ли врачи придерживаться профессиональной вежливости? Должны ли они скрывать от пациента несогласие с диагнозом коллег? То с прогрессом биомедицинских технологий все кардинально меняется.

Появляются этические проблемы, которые обозначили сложные решения, связанные с началом или концом жизни, которые в рамках деонтологии уже не решаются, это потребовало формирование новой науки биоэтики. [2] Важность обучения биоэтике и правам человека объясняется не только и не столько стремлением формально достичь установленных международных стандартов в образовательных практиках медицинских вузов. Но прежде всего тем, что поддержка исторических, культурных, антропологических и практических причин преподавания этого направления медико-гуманитарных наук в корне обогащает медицинскую подготовку.

Отношения между правами человека и биоэтикой становятся все теснее, а студентам-медикам приходится сталкиваться с культурным плюрализмом в биоэтике и биологии, что дает студентам возможность развивать их способности критического мышления и логической аргументации, а также их интерес к академическим исследованиям. Кроме того, есть настоятельная необходимость помочь студентам-медикам научиться уважать пациентов в любых клинических ситуациях.

Поэтому, крайне важно научить студентов сосредоточиться на этическом аспекте ухода и принимать правильные этические решения, даже в сложных случаях. Чтобы достичь этого результата, здравоохранение, профессионалы должны обладать целостным видением своей работы, которая проявляется как в технической, так и в гуманистической компетентности, обладании хороших навыков для глубокого размышления, исключая поверхностное и небрежное отношение к пациентам.

С этой точки зрения преподавание «биоэтики и прав человека» является весьма актуальным. Впервые в Республике Узбекистан в Ташкентском государственном стоматологическом институте курс биоэтики был введен в 2017 году для студентов вторых курсов всех факультетов и магистратуры 1 и 2 года обучения. Гуманитарная экспертиза рисков и моральных конфликтов, возникающих в биомедицине, может осуществляться в различных формах: как элемент самоконтроля ученого в соблюдении принципа добросовестности, в институте медиации, во взаимодействии профессиональной науки и непрофессиональных добровольных участников, через деятельность этических комитетов. Противодействие недостаточному

сопереживанию с рефлексивным профессионализмом является насущной проблемой в медицинском образовании.

Цели медицинских гуманитарных наук не только теоретические, но и практические. Теоретически, они дают основу для анализа и, как следствие, понимания того, что такое феномен медицины и здравоохранения. Практический, поскольку этот анализ, конечно, должен иметь и уже имеет последствия для способа оказания медицинской помощи, от самых базовых лабораторных исследований до клинической встречи и до национальной политики здравоохранения. В дополнение к этому, медицинские гуманитарные науки имеют потенциал для воздействия на клинически значимые установки благодаря своей способности воздействовать не только на интеллектуальные способности и рациональные размышления, но также на эмоции и интуицию. Сфера медицинских гуманитарных наук шире, чем профессиональное развитие, каким бы важным оно ни было. Гуманитарная подготовка должна включать достаточное место в воспитательном процессе нравственности, духовности, милосердия, отзывчивости, доброты и чувства сострадания – т.е. тех высоких черт характера, которые должны быть органически в каждом враче. Международный опыт свидетельствует в пользу необходимости углубления гуманизации и гуманитаризации, что отражено Всемирными стандартами WFME по совершенствованию качества медицинского образования. Биомедицинские принципы в стоматологической профессии, заключаются в том, что дантист должен действовать таким образом, чтобы повысить престиж и репутацию профессии в условиях прогресса новейших технологий.

Принципы биомедицинской этики - это цели, поставленные перед профессией врача-стоматолога, они обеспечивают руководство и предлагают обоснование кодекса профессионального поведения и консультативных заключений.

Главными из этических принципов являются: избегать нанесения какого-либо вреда пациенту (принцип не навреди); принцип делать благо пациенту; принцип автономии пациента; принцип информированного согласия пациента и др. Эти принципы дополняются другими этическими правилами, такими как: альтруизм, справедливость, конфиденциальность, лояльность, правдивость и другие. [3]

Достижения во всех аспектах науки и открытий продолжают происходить с экспоненциальной скоростью, что приводит к огромному количеству новых знаний и технологий, которые могут трансформировать стоматологическую практику в контексте биоэтики. Для профессии и пациентов, которые служат для того, чтобы в полной мере извлечь выгоду из современной науки, новые знания и технологии должны быть включены в основное направление стоматологического биоэтического образования. Непрерывное развитие стоматологической учебной программы представляет собой серьезную проблему для преподавателей, администраторов из-за переполненности графика, уникальных требований клинической подготовки, меняющийся характер методов обучения/оценки и большого объема нового материала, влияющего на все области образовательной программы.

Кроме того, не хватает персонала с достаточной подготовкой/опытом в области фундаментальных и клинических наук для поддержки эффективного применения и/или интеграции новой научной информации в процессы планирования, реализации и оценки учебных программ. Тем не менее, скорость этой эволюции должна быть увеличена, если стоматология хочет сохранить свою репутацию уважаемой медицинской профессии. Представляется, что ответом на вызовы времени является внесение в образовательные практики, учебные программы и будущих семинаров-тренингов следующей актуальной темы, например, клиническая фотография. Использование электронных средств массовой информации резко возросло и в настоящее время является преобладающим и желательным компонентом современного образования и клинической практики, которые требуют обеспечения надлежащего захвата, хранения, передачи и использования клинической фотографии и электронных носителей.

В клиническом образовании изображения, аудио- и видеозаписи часто показывают пациентов. Это использование составляет РНІ (любая информация, которая относится к «прошлому, настоящему или будущему состоянию физического или психического здоровья человека» и «которая идентифицирует человека или для которого есть разумные основания полагать, что она может быть использована для идентификации человека) которая должна быть защищена. В современную эпоху возможность захвата, хранения и передачи цифровых изображений практически мгновенно произвела революцию в коммуникации и привела к значительному увеличению использования электронных носителей в клинической помощи и образовании.

В результате студенты, преподаватели и врачи привыкли просматривать высококачественные изображения и видео. Мультимедийные образовательные инструменты все чаще используются вместо традиционных подходов к обучению. Следовательно, увеличился спрос на медицинские и стоматологические изображения. Хотя эти изменения в целом являются позитивными, они представляют потенциальную угрозу для прав пациентов и неприкосновенности частной жизни, если не будут приняты соответствующие меры защиты. Следовательно, крайне важно соблюдать этические и юридические обязательства перед пациентами в качестве основного компонента образовательной политики в клинических СМИ. Еще одной темой для дополнения в учебные программы и их отражения в семинарах тренингах может стать – «Электронные медицинские карты (EHR)», которые достигли значительных успехов за последние несколько лет. Быстрый и простой доступ к данным пациента позволит практикующим врачам повысить эффективность оказания медицинской помощи пациенту, а также упростит консультации, направления и многопрофильную помощь.

Однако, поскольку медицинские записи превратились из бумажных в электронные носители, возросла озабоченность по поводу безопасности и конфиденциальности информации о пациентах. Однако, несмотря на то, что EHR предлагает преимущества в доступе к конфиденциальным данным пациента и управлении ими в электронной форме, он также может обеспечить возможность недобросовестного использования этой информации лицами, которые могут преднамеренно или непреднамеренно нарушать этические принципы.

Почему риск нарушения электронной этики настолько высок? Возможно, потому что недавний опыт в цифровую эпоху показал бесчисленное количество раз, что одно нарушение частной жизни человека открывает двери для потенциально неограниченного дублирования и распространения их информации и, следовательно, неспособности восстановить доверие и конфиденциальность пациента в EHR.

В данном контексте можно рассмотреть меры, предпринимаемые в Республике Узбекистан по интеграции информационно-коммуникационных систем в сферу здравоохранения [1], поскольку недавно обсужденный законопроект о внедрении телемедицины рассматривает телемедицинские технологии именно в качестве трехролевой модели врачевания, трансформированной из базовой двухролевой договорной модели.

#### **Выводы**

На кафедре было представлено к рассмотрению для публикации в сборнике семинара-тренинга около 50 статей, из них вошло 30. Анализ статей и презентаций студентов и магистров –стоматологов показал, что значительный интерес был проявлен к: проблемам гуманистики в медицинском образовании как пути совершенствования профессионализма врачей, этическим проблемам национально-культуральных исследований в областях новых биомедицинских технологий.

В процессе подготовки, проведения семинара-тренинга студенты приобрели навыки оформления современных стандартов научных статей и публикационной этики. Лучшие выступления и презентации по актуальной биоэтической проблематике не оставили равнодушными участников семинара-тренинга и вызвали дискуссии, вопросы, которые помогают развивать критическое мышление, логику и понимание деликатных проблем

биоэтики, этических дилемм, категорий и принципов. Образовательные реформы основаны на добавлении новых элементов учебных программ и включают инновационные подходы, которые вводят концепции, касающиеся новых достижений в науке, основанных на фактических данных и трансляционных исследованиях.

Комплексные базовые и клинических науки учебных программы, принятие активных методов обучения, а также более тесное взаимодействие с программами медицинского и другие медицинскими профессиями образования, образовательная эффективность исследования, необходимые для получения данных для поддержки данных на основе подходов к реформе учебных программ не хватает. В целом, тенденции в учебной программе по фундаментальным наукам в медицинском образовании были аналогичны для стоматологического образования. были определены потенциальные факторы изменений учебного плана, как и недавние работы в других областях, которые должны поощрять пересмотр подхода стоматологии к базовым наукам образования

### Литература

1. Указ Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». №УП-4947 07.02.2017. Режим доступа: <http://www.lex.uz/ru/docs/3107042>.
2. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». №УП-5590 07.12.2018. Режим доступа: <http://lex.uz/docs/4096199>.
3. Законопроект РУз “О совершенствовании системы здравоохранения путем адаптации к настоящим условиям концепций «Умной медицины» и «Центра единой медицинской информации», позволяющих раннее определение и дистанционное лечение болезней с применением телемедицинских технологий в Республике Узбекистан”. Режим доступа: [https:// regulation.gov.uz/oz/document/1365](https://regulation.gov.uz/oz/document/1365).
4. Мухамедова З.М. Актуальные проблемы этики в стоматологическом образовании. Гуманитарный трактат. Выпуск № 14, 2017; Мухамедова З. М. Этические категории в клинической стоматологии. Гуманитарный трактат. Выпуск № 15, 2017.

### Түйін

**Мухамедова З. М., Умирзакова Н. А., Сатарова Д.Г., Худайбергенова П.Т.**

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент қ., Өзбекстан Республикасы

### **ӨЗБЕКСТАНДА БІЛІМ БЕРУДІ РЕФОРМАЛАУ КОНТЕКСТІНДЕ ТМСИ СТОМАТОЛОГТАРЫНЫҢ ДИПЛОМДЫҚ ЖӘНЕ ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ БИОЭТИКАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ПРАКТИКАСЫНА ДЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ӨТКІЗІЛЕТІН СЕМИНАР-ТРЕНИНГТЕРДІҢ ҚҰНДЫЛЫҚ МӘНІ**

Бүгінгі таңда биоэтиканы зерттеу – биомедицина ғылымының өрлеуіне және әр адамның күнделікті өміріне жаңа технологияларды енгізуге байланысты туындайтын этикалық, моральдық, биологиялық және заңдық проблемалардың пәнаралық зерттеулер саласы ерекше өзектілікке ие. Биоэтика клиникалық зерттеулерге қатысатын адамның мүддесін қорғайды, пациенттің және дәрігердің құқығын қорғайды.

Студенттік семинар-тренингтер, конференциялар - бұл тек оқытушылардың ғана емес, студенттердің өздерінің жетекшілігімен оқыту түрі. Мұндай ғылыми-теориялық және оқу-әдістемелік іс-шаралар тұлғааралық қарым-қатынас дағдыларын, бейімділік қабілетін, кәсіби қарым-қатынас пен этикалық пайымдауларды, кәсіпкерлікті, сондай-ақ Әлеуметтік және қоғамдық бағдарды қоса алғанда, кәсіби стоматологиялық практика үшін қажетті көптеген

салаларда оқуға ықпал ете алады. 2, 3, 4 курс студенттері мен 1 және 2 курс магистрлерінің жетекшілігімен семинар-тренинг 2019 жылы 16 желтоқсанда Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институтында Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының студенттері мен магистранттарының, ОҚМА биоэтика жөніндегі жергілікті комиссия өкілі және Душанбе қаласындағы тәжік медицина университетінің философия профессоры қатысуымен өткізілді.

Ауыз қуысының биологиялық ғылымдарын ғана емес, сонымен қатар гуманистиканы зерттейтін студенттердің көзқарасы бойынша Өзбекстан мен Қазақстандағы биоэтиканың өзекті мәселелері болды. Семинар-тренингтің материалдар жинағында қазіргі заманғы ғылыми-технологиялық трендтер мен биомедицинадағы қатерлердің алдын алу тәсілдерімен байланысты теориялық және практикалық мәселелер қаралды. Халықаралық медициналық білім беру жүйесінде көп жылдар бойы биоэтиканың міндетті курстары енгізілгені белгілі, олардың болашақ мамандары заманауи биомедицинадағы моральдық проблемалардың сипаты туралы және биоэтикалық қағидаттар мен ережелердің мәні туралы біледі. Аталған семинар-тренинг аталған стандарттарға сәйкес болашақ маманның биоэтикалық дүниетанымын қалыптастыру және тәрбиелеу тәжірибесін кеңейтеді, аудиториялық және дәрістік сабақ әдістемесінен ғылыми-практикалық, өзіндік шығармашылық ойлауға көшеді.

Бұл зерттеудің мақсаты семинар-тренингте қойылған (16 желтоқсан. Сондай-ақ ТМСИ элеуметтік-гуманитарлық ғылымдар кафедрасында бұрын өткізілген осындай іс-шаралар. 2017-2018 және 2019 оқу жылында халықаралық қатысумен конференциялар мен семинар – тренингтер өткізілді. Кафедраның биоэтика курсының оқыту бағытында екі жыл ішінде қатысушылар жинаған мазмұнды есептер, сауалнамалар зерделенді. Тақырыптық талдау төрт негізгі тақырыпты бөлді: 1-Өзбекстандағы медициналық құқық пен биоэтиканың қалыптасуының өзекті мәселелері. Электрондық денсаулық сақтау, үлкен деректер технологиялары; 2-дәрігерлердің кәсібилігін жетілдіру жолы ретінде медицинадағы Гуманистика; 3-жаңа биомедициналық технологиялардың түрлі салаларындағы ұлттық-мәдени зерттеулердің этикалық мәселелері. 4-биоэтиканы дамытудағы мәдени-діни ерекшеліктердің рөлі.

**Кілт сөздер:** стоматология, зерттеу этикасы, жариялау этикасы, гуманистика, медициналық құқық және биоэтика, электрондық денсаулық сақтау, дәрігерлердің кәсібилігі, жаңа биомедициналық технологиялар, мәдени-діни ерекшеліктер.

### Summary

**Mukhamedova Zamira Mukhamedzhanovna**, Doctor of Philosophy, Professor,  
Department of Social Sciences and Humanities e-mail: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru),  
**Umirzakova Nargiza Akmalovna**, Senior Lecturer, Department of Social Sciences,  
**Satarova Dildora Gapparovna**, Head of the Department of Social Sciences and Humanities,  
Candidate of Philosophy, Associate Professor,  
**Khudaibergenova Patma Tashpulatovna**, Associate Professor of the Department of Social Sciences  
and Humanities, Ph.D.  
Tashkent state dental Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

### VALUE VALUES OF TRAINING SEMINARS CONDUCTED AT THE STAGE BEFORE DIPLOMA AND POST-DIPLOMA BIOETHIC EDUCATIONAL PRACTICE BY TSGSI STUDENTS DENTISTS IN THE CONTEXT OF EDUCATION REFORM IN UZBEKISTAN

Today, the study of bioethics, an area of multidisciplinary research of ethical, moral, biological and legal problems arising in connection with the progress of biomedical science and the introduction of new technologies into the everyday life of every person, is becoming particularly relevant. Bioethics

protects the interests of a person participating in clinical trials, protects the rights of the patient and the doctor himself.

Student seminars, trainings, conferences are a type of training on demand and pedagogy under the guidance of not only teachers, but also students themselves. Such scientific, theoretical and educational-methodical activities can contribute to training in many areas necessary for professional dental practice, including interpersonal communication skills, adaptive abilities, professional attitude and ethical judgments, entrepreneurship, as well as social and social orientation.

A training seminar led by 2,3,4 year students and masters 1 and 2 years of study was held on December 16, 2019 at the Tashkent State Dental Institute with the participation of students and undergraduates of the South-Kazakhstan Medical Academy, a representative of the local bioethical commission of the UKMA and a professor of philosophy Tajik Medical University from Dushanbe. In the field of view of students studying not only the biological sciences of the oral cavity, but also humanism, there were actual problems of bioethics in Uzbekistan and Kazakhstan. The collection of materials of the training workshop examined theoretical and practical issues related to risk prevention methods in modern scientific and technological trends and in biomedicine. It is known that for many years compulsory bioethics courses have been introduced in the international system of medical education, from which future specialists will learn about the nature of moral problems in modern biomedicine and about the essence of bioethical principles and rules that need to be relied on to resolve them. This training seminar in accordance with these standards expands the practice of forming and educating the bioethical worldview of a future specialist, moving from the methodology of classroom and lecture classes to scientific, practical, independent creative thinking.

The purpose of this study was to study the experience of educational problems, the upbringing and formation of a bioethical worldview, publication ethics, which were put at a training seminar (Dec 16, 2019 Tashkent) as well as similar events previously held by the Department of Social and Human Sciences of the TSSI. In the 2017-2018 and 2019 academic years, conferences and training seminars with international participation were held, the experience of the conference participants was recorded from the discussion in the focus group. Substantive reports, questionnaires collected by participants were studied over two years of the department's work in the direction of teaching a course in bioethics. Thematic analysis identified four main topics: 1-Actual problems of the development of medical law and bioethics in Uzbekistan. E-health, big data technology; 2- Humanism in medicine as a way to improve the professionalism of doctors. 3-Ethical problems of national-cultural research in various fields of new biomedical technologies; 4- The role of cultural and religious features in the development of bioethics.

**Keywords:** dentistry, research ethics, publication ethics, humanism, medical law and bioethics, e-health, doctors' professionalism, new biomedical technologies, cultural and religious features.

Сведения об авторах :

**Мухамедова Замира Мухамеджановна**, д.фил.н., профессор кафедры социально-гуманитарных наук, э/почта: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru).

**Умирзакова Наргиза Акмаловна**, ст.препод. кафедры общественных наук.

**Сатарова Дильдора Гаппаровна**, завед. кафедрой социально-гуманитарных наук, к.фил.н., доцент.

**Худайбергенова Патма Ташпулатовна**, доцент кафедры социально-гуманитарных наук, к.фил.н.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

МРНТИ 02.51.25

**Мухамедова З.М., Бабаджанов Ж.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика  
Узбекистан

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА: ПРОБЛЕМЫ, ДИЛЕММЫ, ЦЕННОСТИ**

### **Резюме**

XXI век – время верховенства рыночной экономики в большинстве стран мира, что не могло не сказаться на отношениях как в межличностной, так и в сугубо профессиональной сферах. Одновременно с развитием сферы частной медицины, данный факт все чаще отмечается в виде разрыва между двумя статусами для человека, которому необходима медицинская помощь, то есть потребителя медицинской услуги – теперь он выступает как в качестве пациента, так и в качестве клиента. Подобная тенденция находит место и в стоматологической практике, которая еще с конца прошлого столетия все больше и больше выделялась и приобретала черты коммерциализации. Специально, для регулирования морально-этических конфликтов, возникающих как по причине, так и вследствие бинарного статуса потребителя медицинской услуги, в биоэтике образовалось новое направление – стоматологическая (дентальная) биоэтика.

**Ключевые слова:** стоматология, дуалистичность, стоматологическая (дентальная) биоэтика, этические дилеммы, иерархия ценностей.

### **Цель исследования**

Цель исследования в изучении становления дентальной биоэтики в качестве самостоятельного направления науки, исследовании классификации ценностей в стоматологической практике по Ozar D. T, оценивании действующей этико-правовой регуляции стоматологической деятельности в условиях бинарности статуса потребителя стоматологических услуг.

### **Материалы и методы**

Анализ информации, полученной из научной литературы, поиск информации по проведенным исследованиям, анализ статистических данных. Нами было проведено изучение данных по странам постсоветского пространства и странам Запада относительно вопросов внедрения биоэтических принципов и идей в образовательные программы на стоматологических факультетах.

### **Результаты и обсуждение**

На сегодняшний день следует признать, что стоматология является уникальной сферой медицины в том плане, что степень коммерциализации ее выше, чем во многих других. Этим и объясняется бесчисленное множество частных стоматологических клиник на улицах городов Америки, Европы и Постсоветского пространства.

Прежде всего, стоматология – это компонент системы здравоохранения, направленный на сохранение и поддержание здоровья полости рта, а стоматологи – это специалисты с совершенными навыками и умениями в своей области. Но на рубеже 20 и 21 веков, стоматология также превратилась в коммерческую услугу, что привело к возникновению дуалистичности статуса потребителя стоматологической услуги.

В западных странах с развитой рыночной экономикой, такой потребитель рассматривается бинарно: в качестве пациента, нуждающегося в помощи, и как клиента, приобретающего стоматологическую услугу.

В связи с этим возникает необходимость более детального исследования классических биоэтических принципов в стоматологической практике.

Тем не менее, общество не рассматривает стоматологическую помощь как стандартный рыночный товар, а видит в стоматологах специалистов с определенными знаниями и умениями и поручает им, чтобы они совершали свою профессиональную обязанность, отдавая приоритет благополучию своих пациентов. Стоматолог, как и любой врач, принимает на себя, в первую очередь, обязательства перед обществом по высококачественному предоставлению стоматологической помощи. И здесь важно добавить: в соответствии с морально-этическими нормами.[1]

Эти морально-этические нормы, обязательства и стандарты – предмет изучения нового направления в биоэтике, возникшего в 1990-х гг. – стоматологической биоэтики. [2]

Поле биоэтической регламентации в стоматологической практике весьма разнообразно и выделяется в несколько направлений:

- взаимоотношения врача и пациента;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы стоматологов;
- взаимоотношения стоматологов с другими группами медицинских специалистов;
- отношения собственности и прибыли в стоматологической практике;
- отношения к новым научным достижениям и критерии их использования в стоматологической практике;
- отношения на рынке лекарств, используемых в стоматологической практике;
- эстетические нормы стоматологической помощи;
- отношение стоматологов к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов;
- принципы обособления данной профессиональной группы в обществе;
- отношение к власти и законам, действующим в данном обществе;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников стоматологической практики;
- моральный статус пациента в отношении своего здоровья и рекомендаций врача.

Другого подхода в определении биоэтических стандартов в стоматологии придерживается Давид Т. Озар, ученый из Университета Лойола, Иллинойс, США, который считает, что в биоэтической основе стоматологии лежит разработанная им же система ценностей, признанных в профессии, в ее подходах к лечению.

Значения в их иерархическом порядке расположились следующим образом:

1. Жизнь и здоровье,
2. Надлежащее и безболезненное оральное функционирование,
3. Автономность пациента,
4. Предпочтительная практика,
5. Эстетические ценности,
6. Стоимость,
7. Другие внешние факторы. [3]

Само существование этих ценностей, а также их ранжирование противоречиво как внутри самой стоматологии, так и вне ее. Например, определенному риску подвергается каждый раз жизнь пациента, когда используется местная анестезия во имя безболезненной стоматологии, но большинство стоматологов считает, что риск оправдан. Другие могут поставить автономность пациента выше стоматологического здоровья и надлежащего функционирования. [4]

Но, в чем все мнения едины, так это в наличии определенных специфических дилемм, выражающихся в виде вопросов, на который нельзя дать однозначный ответ. И даже если стоматологи нечасто встречаются с вопросами жизни и смерти, им всегда доверена человеческая жизнь, которая при челюстно-лицевой патологии всегда осложнена интенсивной



болью, дискомфортом, нарушениями физиологических функций (речь, жевание), что в общем значительно снижает качество жизни.

Задачей стоматолога является устранение неприятных ощущений и восстановление естественной анатомо-физиологической нормы у пациентов.

1. Если при осмотре нового пациента обнаруживается факт ранее выполненной плохой стоматологической работы, следует ли говорить об этом самому пациенту? Должен ли стоматолог связаться с предыдущим врачом, чтобы обсудить проблему?

2. Этично ли врачу-стоматологу заниматься саморекламой, заверяя, что его услуга обязательно поможет пациенту, вероятно вводя пациента в заблуждение?

3. Может ли практикующий врач-стоматолог, желая восстановить эстетические показатели зубных рядов, сказать пациенту, у которого нет жалоб, что его зубы непривлекательны?

4. Этично ли врачу-стоматологу отказать лечить пациента с инфекционной болезнью? Какие обязательства имеет врач-стоматолог относительно информации о наличии инфекции у пациента?

5. Как следует вести себя стоматологу при оказании помощи пациенту, не способному самостоятельно принять решение? Можно ли в таком случае отказать предоставлять помощь? Чем должен руководствоваться врач-стоматолог для выбора наилучшего метода лечения такого пациента? [5]

В сфере стоматологической биоэтики также входят вопросы:

Какова идеальная модель отношений между врачом-стоматологом и пациентом?

Какова идеальная модель между врачом-стоматологом и его коллегами?

Допустима ли конкуренция?

Какова идеальная модель между врачом-стоматологом и обществом в целом?

Необходим ли паттерналистский подход в стоматологической практике?

Кто есть пациент для стоматолога? Пациент или клиент? Объект для оказания помощи или объект для получения прибыли?

В чем заключаются нормы компетенции для врача-стоматолога?

Что необходимо сделать для обеспечения доступности стоматологической помощи всем слоям населения?

Работа в этом направлении ведется. Например, в 2002 году Американской ассоциацией стоматологов впервые был выпущен Кодекс этических принципов, обязательств и норм, который и по сей день играет важную роль в регуляции важных этико-правовых вопросов в стоматологии в американском обществе. Активно разрабатываются биоэтические стандарты и критерии для стоматологической практики.

Центральной организацией, сфера которой - стоматологическая биоэтика, является ПЕДНЕТ – Стоматологическая Сеть Профессиональной Этики, основанная в 1982 году студентами стоматологических факультетов. В 1999 году с целью укрепления идей стоматологической биоэтики и распространения ее всемирно, было организовано Международное общество стоматологической этики и права.

Пересматриваются и стандарты обучения студентов-стоматологов.

В странах Европы и США разработано множество учебников по обязательной для студентов-стоматологов дисциплине «Стоматологическая этика».

Курс нацелен на формирование у студентов биоэтических взглядов, оценку проблем и принципов. Большая часть курса уделена компетенциям врача-стоматолога и моральным аспектам межличностных отношений стоматологии (между врачом и пациентом, между врачом и врачом).

Первыми преподавание дентальной этики внедрили в Университете штата Минне-сота, США по инициативе Американской ассоциации стоматологического образования в виде четырехгодичного курса в 1980-м году.

А впервые в Республике Узбекистан в 2017 году Ташкентский государственный стоматологический институт включил в процесс додипломного образования обязательный курс «Биоэтика», 36 часов – 9 лекций и 9 семинаров на 2 курсе бакалавриата. Это осуществлено с целью внедрения международных стандартов обучения, согласно Программе комплексного развития системы высшего образования на период 2017—2021 годы.

#### **Выводы**

Врачи-стоматологи должны обладать широким кругозором, быть разносторонне образованными, мыслящими, не корыстными специалистами и, в то же время, быть внимательными и сердечными по отношению к пациентам. Достичь этого позволит углубленная интеграция биоэтических принципов в стоматологическое образование.

#### **Литература**

1. Terrie Bruscano. Basic Ethics in Dentistry, 2012.
2. Ethics Handbook for Dentists. An Introduction to Ethics, Professionalism and Ethical Decision Making. American College of Dentists, Gaithersburg, Maryland, 2012.
3. Ozar, David T., Schiedremayer, David L., Siegler, Mark. Value categories in clinical dental ethics. JADA, 1988.
4. Мухамедова З.М. Актуальные проблемы этики в стоматологическом образовании. Гуманитарный трактат. Выпуск № 14, 2017; Мухамедова З. М. Этические категории в клинической стоматологии. Гуманитарный трактат. Выпуск № 15, 2017.
5. Ozar, David T. and Sokol, David J. Dental Ethics At Chairside: Professional Principles and Practice Applications. St. Louis, Mosby, 1994.

#### **Түйін**

**Мухамедова З.М., Бабаджанов Ж.Б.**

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент қ., Өзбекстан Республикасы

#### **СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ БИОЭТИКА: МӘСЕЛЕЛЕР, ДИЛЕММАЛАР, ҚҰНДЫЛЫҚТАР**

XXI ғасыр-әлемнің көптеген елдерінде нарықтық экономиканың үстемдік ету уақыты, бұл тұлғааралық және тек қана кәсіби салалардағы қарым-қатынастарға әсер етпей алмады. Жеке медицина саласының дамуымен бір мезгілде бұл факт медициналық көмек қажет адамға, яғни медициналық қызметті тұтынушы үшін екі статус арасындағы алшақтық түрінде жиі байқалады – енді ол пациент ретінде де, клиент ретінде де әрекет етеді. Мұндай үрдіс өткен ғасырдың соңынан бері көп бөлініп, коммерциализация белгілерін алған стоматологиялық практикада да орын алады. Медициналық қызметті тұтынушының бинарлық мәртебесі себебінен және салдарынан туындайтын моральдық-этикалық жанжалдарды реттеу үшін биоэтикада жаңа бағыт – стоматологиялық (дентальды) биоэтика пайда болды.

**Кілт сөздер:** стоматология, дуалистік, стоматологиялық (дентальды) биоэтика, этикалық дилеммалар, құндылықтар иерархиясы.

#### **Summaru**

**Mukhamedova Zamira Mukhamedzhanovna**, Doctor of Philosophy, Professor, Department of Social Sciences and Humanities e-mail: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru).

**Babadzhanov Zhasur Bakhtiyarovich**, 4th year student of the faculty of pediatric dentistry, chairman of the youth wing of unesco bioethics networks (Haifa).

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

## STOMATOLOGICAL BIOETHICS: PROBLEMS, DYLEMS, CENNOSTICS

The 21st century is the time of the supremacy of a market economy in most countries of the world, which could not but affect relations in both interpersonal and purely professional spheres. Along with the development of the field of private medicine, this fact is increasingly being noted as a gap between the two statuses for a person who needs medical care, that is, a consumer of medical services - now he acts both as a patient and as a client. A similar trend finds its place in dental practice, which since the end of the last century has more and more stood out and acquired the features of commercialization. Specifically, to regulate moral and ethical conflicts arising both due to and due to the binary status of the consumer of a medical service, a new direction has emerged in bioethics - dental (dental) bioethics.

**Keywords:** dentistry, dualism, dental (dental) bioethics, ethical dilemmas, hierarchy of values.

Сведения об авторах:

**Мухамедова Замира Мухамеджановна** - д.фил.н., профессор кафедры социально-гуманитарных наук, э/почта: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru).

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Бабаджанов Жасур Бахтиярович** - студент 4 курса факультета детской стоматологии, председатель молодежного крыла сетей биоэтики Юнеско (Хайфа).

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

МРНТИ 02.51.25

Мухамедова З.М. <sup>1</sup>, Умирзакова Н.А. <sup>1</sup>, Асан А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан  
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

## БИОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФИЛОСОФСКО-РЕЛИГИОЗНОЙ ТРАДИЦИИ В МУСУЛЬМАНСКОЙ МЕДИЦИНЕ

### Резюме

Сегодня, в XXI веке, в системе медико-биологического образования первостепенное значение приобретает взаимодействие и синтез естественных и гуманитарных дисциплин. Одним из путей решения этой задачи является освоение будущими специалистами основ биомедицинской этики. Современная биомедицинская этика основывается на богатых философских и религиозных традициях, сохраняет историческую преемственность с традиционной профессиональной медицинско-й этикой.[1] Истоки биоэтических учений Западной философии несомненно имеют большое значение в формировании и развитии мусульманской биоэтики, связанной с многими ее понятиями. Однако, последние 35 лет, в течение которых развивается мусульманская биоэтика, показали ее особенности и приоритеты. Они касаются не только религиозного сознания, но и социо-культурных, философских, правовых и других аспектов.

**Ключевые слова:** «адабнома», Исхак ибн Ал-Рухави, Ар-Рази, Ибн-Сина, Маймонида, Адаб ал-Табиб, Ахлак ал-Табиб, просвещенный ислам и медицинская этика, мусульманская биоэтика, ключевые проблемы мусульманской биоэтики.

**Целью данного исследования** является рассмотрение древних источников био-этики ислама, к которым могут быть отнесены: практическая этика врача Ал-Рухави (Ishaq ibn Ali Al-Ruhawi), «Канон врачебной науки» Авиценны, «Adab Al-Tabib», «Духовная медицина» Ар-Рази и многие другие, которые стали образцом классики в анналах медицинской этики.

**Материалы и методы:** Труды древних мыслителей, составивших духовный базис в исламском медицинском кодексе, биоэтике, экологической и биомедицинской этике, восточная традиция философствования, основанная на исламе, ее синкретичность в связи с чем сформировалось учение о должном поведении воспитанного человека – «адабнома». Методологической основой являются общенаучные методы, исторический и сравнительный анализ.

**Результаты и обсуждение:** Синкретичность восточной традиции философствования породила термин, не имеющий аналогов в европейской культуре - «адаб», учение о должном поведении воспитанного человека - «адабнома».

Классические источники, образцы медицинской этики, составляющие духовный базис мусульманского медицинского кодекса- древние рукописи Исхак ибн Ал-Рухави, Ар-Рази, Ибн-Сина, Маймонида, которые создали систему моральных ценностей Адаб ал-Табиб. Она может адаптировать древнее знание и к биоэтике XXI века. Еще в 9-м веке, врач Исхак бин Ал-Рухави написал первый трактат по медицинской этике - Адаб ал-Табиб. Он считает, что цель врача нести добро и благо человеческому роду, родственникам, друзьям и даже нашим врагам. Бог наложил на врачей клятву не изобретать ядов [2 ]

В Адаб ал-Табиб Ал-Рухави говорит о законодательной практике и наказаниях за ложь и некомпетентность врачей, предполагает экстремальные наказания для врачей, которые позволяют пациентам умереть из-за своей халатности, некомпетентности вплоть до смертной казни.

Другой величайший врач, философ, ученый энциклопедист исламской цивилизации, Абу Бакра Мухаммад ибн Закария ал Рази (865-925). В книге Ар-Рази Ахлак ал-Табиб, представлена модель мусульманской медицинской этики.[3.] Для врача важно не только быть профессионалом в своей области, но и быть примером во всех отношениях. Его идеи в медицинской этике были подразделены на следующие понятия: ответственность врача перед пациентом, ответственность пациента перед самими собой, а также ответственность пациента перед врачом.

Согласно Ар-Рази, врач, практикуя, должен продолжить заниматься своим образованием, стремиться к получению новых знаний. Он рекомендует, чтобы врачи были добродетельными, скромными, стремились заслужить уважение своих пациентов. Врач имеет обязательства перед пациентами. В первую очередь, проявляя сострадание, должен быть внимательным, любезным. Вслед за Клятвой Гиппократы Ар-Рази, считал, что вторая обязанность врача - держать в секрете, то, что он узнал в процессе лечения своих пациентов. Другая обязанность врача всячески морально и психологически поддерживать пациента, внушать ему надежду на выздоровление, даже если надежды нет. Врач обязан, считает Ар-Рази, обращаться со всеми пациентами одинаково, независимо от их богатства. Целью врача должны быть не деньги, но само лечение и здоровье пациента. Врачи должны проявлять внимание к лечению бедных и бездомных. С другой стороны, пациент имеет также обязанности перед врачом. Итак, работа Ал-Рухави Адаб ал Табиб - великолепная иллюстрация проблем профессиональной ответственности и этических дилемм, которые и сегодня актуальны в медицине. Ахлак ал Табиб Абу Бакра Мухаммад ибн Закария Ар Рази, получившего звание Галена Арабов - несомненно одно из наиболее выдающихся достижений в медицине

Ислам имеет единые источники: Коран, Шариат и Хадисы. Мусульманская медицинская этика как в прошлом, так и сегодня полагается на традицию закона ислама. При этом следует учитывать некоторые имеющиеся внутренние различия в философии и теории ислама, его правовых школах. Следовательно, имеются различия не только внешние, с основными Западными философскими теориями, перспективами по вопросам медицинской этики, но и внутренние, обусловленные различными направлениями в самом исламе.

Среди важнейших событий, которые имели значение в развитии исламской биоэтики, следует отметить издание «Руководства к международным этическим принципам, включающим биомедицинские исследования человека (в перспективе ислама), Женева, 2004. Руководство подготовлено и издано Советом Международных Организаций Медицинских Наук (CIOMS) в сотрудничестве с ВОЗ и Исламской Организацией Медицинских Наук (IOMS) в Женеве в 2004. Общие принципы профессиональной этики мусульманского врача предусматривают что, все исследования с людьми должны быть проведены в соответствии с тремя основными этическими принципами, а именно: уважения автономии личности, великодушия и законности.

Каждый этический принцип сопровождается комментариями из Корана или принципами, законами исламской юриспруденции, которые подтверждают этот принцип. При привлечении к участию в исследовании представителей уязвимых контингентов (несовершеннолетние, лица с нарушенными психическими возможностями, инвалиды, неизлечимо больные, пациенты в коматозном состоянии и т. д.), им также должна быть предоставлена возможность выбора – участвовать или не участвовать (в той мере, насколько они это могут сделать). Их возражения не должны игнорироваться, их права должны быть тщательно защищены. Каждая группа таких лиц должна рассматриваться отдельно.[4]. Уважение к индивидуумам включает получение информированного согласия на участие в исследовании от третьих лиц (например, свидетель) с целью усиления защиты прав испытуемых. Согласие на участие должно быть добровольным. Недопустимо насилие или неоправданное давление для получения согласия на участие в исследовании, особенно у представителей уязвимых контингентов. В правилах юриспруденции ислама:

- «Любое действие, которое приносит вред или препятствует пользе, должно быть запрещено».
- «Обязательное предотвращение большего зла, когда из двух зол выбирают меньшее».
- Закон Ислама призывает к распознаванию, предотвращению и уменьшению вреда.

Этические требования являются предварительным условием для исследования, они часть научно-исследовательского управления и критерий научно-исследовательского качества, которые, не должны превращаться в препятствие. Это условие требует новых и дополнительных качеств со стороны исследователя, требуется специальное образование (биоэтика, биомедицина) и подготовка исследователей. Поэтому, не все, что может быть осуществлено с точки зрения научно-технических возможностей может быть разрешено этически.

В настоящее время продолжают исследоваться общественные, юридические, экономические аспекты этических вопросов ключевых проблем биоэтики в области здравоохранения, медицины и биомедицинских технологий в контексте исламского вероучения.

Ключевыми элементами биомедицинской этики в исламе являются понятия человеческой личности и смерти. Представление о человеческой личности определяет отношение верующего к такому акту, как добровольное прерывание беременности или к деторождению при участии медицины. С определением смерти связана трансплантация органов, особенно в тех случаях, когда речь идет о жизненно важных органах скончавшегося донора. С этим же определением связан и выбор по отношению к интенсивной терапии и к эвтаназии.

В истории развития исламской биоэтики, как новой формы научного знания в XX века, большое значение имеет создание исламской организации медицинской науки IOMS и проведение первой (1981, Кувейт) и второй конференции исламской организации медицинских наук в Кувейте (1982г), где был принят кодекс исламской медицинской этики. Принятие в 1982г на второй международной конференции исламской организации медицинской науки кодекса стало отправной точкой в развитии исламской биоэтики. Особое внимание уделено святости человеческой жизни, медицинскому образованию, актуальным проблемам исламской медицины.

За последние 35 лет на повестку дня были поставлены и рассмотрены такие вопросы биоэтики в исламе как: пересадка органов и/ или тканей, критерии смерти мозга, принципы помощи и технологии в отделении интенсивной терапии, проблемы репродуктивных технологий, клонирования, генно-инженерных биотехнологий, СПИДа, оказания психиатрической помощи и т.д. Были проведены международные конференции исламской организацией медицины (IOMS) в Кувейте, Стамбуле, Карачи, Каире и т.д. Рассмотрены различные ключевые проблемы биоэтики, права ребенка, уделено внимание духовному развитию, нравственному компоненту медицинских образовательных программ, чтобы с их помощью подготовить мусульманского врача.

Медицина ислама эклектична, она выбирает наилучшие, современные, доступные медицинские технологии, совместимые с духом Шариата и исламским обществом. Юристы ищут и находят ответы, чтобы решать проблемы, поставленные современной жизнью. Вспомогательные понятия направлены на совмещение с руководящими принципами Шариата для того, чтобы мусульманские пациенты могли использовать на благо своего здоровья современные медицинские методы и технологии, не нарушая принципы ислама. Синкретизм восточной традиции выражен еще и в том, что многие мусульмане, в том числе и в светских государствах нашего региона Центральной Азии, стремятся придерживаться своей религии почти во всех сферах жизни. Государства Центральной Азии - светские государства, но здесь проживают верующие различных конфессий. Поэтому очень важен учет социально - культурных реалий собственных исторических и национальных традиций, изучение опыта в принятии решений по ключевым проблемам биоэтики в мировой практике в контексте не только мусульманского, но и других вероучений.

Биоэтика сегодня - социально-значимая область знания, разрабатывающая стандарты этико-правового обеспечения благополучия человека в сфере здравоохранения, медицинской науки, образования.

#### **Выводы**

Вооружая врача знаниями о законах и принципах трансформации духовного начала в человеке, Ал-Рухави, Ар-Рази и Ибн Сина создают философскую основу для поведенческих стандартов как врача, так и умирающего больного. В отличие от христианства, ислам регулирует все сферы жизни, определяет не только культурные, социальные, правовые вопросы, но проникает в межличностные отношения членов мусульманской общины. В настоящее время продолжают исследоваться общественные, юридические, экономические аспекты этических вопросов, ключевых проблем биоэтики в области здравоохранения, медицины и биомедицинских технологий в контексте мусульманского вероучения Произведения, написанные в эпоху Восточного Возрождения, при углубленном прочтении могут дать ориентиры не только для обогащения теории биоэтики, но и служить руководством к действию, работать как механизм гуманизации современной медицины и здравоохранения. Заложенная в нем биоэтическая основа, в которой медицина и достойный образ жизни составляют единую философию здоровья сегодня, не только не потеряли своей актуальности, но во многом опережают наши представления об этике врача.

#### **Литература**

1. Mukhamedova Z. M. Bioethics in Uzbekistan: History, Issues, Prospects Singapore Vol 7, No 5 (2015)501-511
2. Hassan Chamsi-Pasha, FRCP (Glasg), FACC, Mohammed A. Albar, MD, FRCP. Islamic medical ethics a thousand years ago www. smj.org.sa Saudi Med J 2013; Vol. 34 (7) P 673-675; Aksoy S. The religious tradition of Ishaq ibn Ali al-Ruhawi: the author of the first medical ethics book in Islamic medicine. JISHIM 2004;3:9-11
3. Karaman H. Abu Bakr Al Razi (Rhazes) and Medical Ethics. Ondokuz Mayis University Review of the Faculty of Divinity 2011; 30: 77-87.
4. Мухамедова З. М. Актуальные проблемы развития биоэтики в исламской религии XXI века. // Фалсафа ва ҳуқуқ. Философия и право. Philosophy and law. 2006, №3. - С. 87 – 89.; Мухамедова З. М. XXI Ислом биоэтикаси муаммолари ва қарама –қаршиликлари. Toshkent Islom Universiteti. Scientific-Analytic Bulletin.2006, №3. -Б.37-43:

#### **Түйін**

**Мухамедова З.М.<sup>1</sup>, Умирзакова Н.А.<sup>1</sup>, Асан А.А.**

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты<sup>1</sup>, Ташкент қ., Өзбекстан Республикасы  
«Оңтүстік-Қазақстан медицина академия» АҚ, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы.

#### **МҰСЫЛМАН МЕДИЦИНАСЫНДАҒЫ ФИЛОСОФИЯЛЫҚ-ДІНИ ДӘСТҮРДІҢ БИОЭТИКАЛЫҚ АСПЕКТІСІ**

Бүгін, ХХІ ғасырда, медициналық-биологиялық білім беру жүйесінде жаратылыстану және гуманитарлық пәндердің өзара байланысы мен синтезі бірінші дәрежелі мәнге ие болады. Бұл міндетті шешу жолдарының бірі болашақ мамандардың биомедициналық этика негіздерін игеруі болып табылады. Заманауи биомедициналық этика бай философиялық және діни дәстүрлерге негізделеді, дәстүрлі кәсіби медициналық этикамен тарихи сабақтастықты сақтайды.[1] Батыс философиясының биоэтикалық ілімдерінің қайнар көздері көптеген ұғымдарға байланысты мұсылман биоэтикасын қалыптастыру мен дамытуда үлкен маңызға ие. Алайда, соңғы 35 жылда мұсылман биоэтикасы дамып, оның ерекшеліктері мен

басымдықтарын көрсетті. Олар тек діни санаға ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік-мәдени, философиялық, құқықтық және басқа да аспектілерге қатысты.

**Кілт сөздер:** «адабнома», Исхак ибн Ал-Рухави, Ар-Рази, Ибн-Сина, Маймонида, Адаб ал-Табиб, Ахлак ал-Табиб, просвещенный ислам и медицинская этика, мұсылман биоэтикасы, мұсылман биоэтикасының өзекті мәселелері.

### Summary

**Mukhamedova Zamira Mukhamedzhanovna** <sup>1</sup>, Doctor of Philosophy, Professor, Department of Social Sciences and Humanities, e-mail: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru),

**Umirzakova Nargiza Akmalovna** <sup>1</sup>, Senior Lecturer, Department of Social Sciences, Tashkent state dental Institute <sup>1</sup>, Tashkent, Republic of Uzbekistan.

**Assan Ainur Asangyzy**, master of medical science, leading specialist of the local bioethics commission,

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

### BIOETHIC ASPECT OF PHILOSOPHICAL-RELIGIOUS TRADITION IN MUSLIM MEDICINE

Today, in the XXI century, in the system of biomedical education, the interaction and synthesis of natural and humanitarian disciplines is of paramount importance. One of the ways to solve this problem is the development by future specialists of the fundamentals of biomedical ethics. Modern biomedical ethics is based on rich philosophical and religious traditions, preserves historical continuity with traditional professional medical ethics. [1] The origins of the bioethical teachings of Western philosophy are undoubtedly of great importance in the formation and development of Muslim bioethics, associated with many of its concepts. However, the last 35 years during which Muslim bioethics has developed have shown its features and priorities. They concern not only religious consciousness, but also socio-cultural, philosophical, legal and other aspects.

**Keywords:** adabnoma, Ishaq ibn Al-Rukhavi, Ar-Razi, Ibn Sina, Maimonida, Adab al-Tabib, Akhlak al-Tabib, enlightened Islam and medical ethics, Muslim bioethics, key issues of Muslim bioethics.

Сведения об авторах:

**Мухамедова Замира Мухамеджановна** - д.фил.н., профессор кафедры социально-гуманитарных наук, э/почта: [muhamedova\\_zamir@mail.ru](mailto:muhamedova_zamir@mail.ru).

**Умирзакова Наргиза Акмаловна** - старший преподаватель кафедры общественных наук. Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Асан Айнұр Асанқызы** – магистр мед.наук, ведущий специалист локальной комиссии по биоэтике.

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



МРНТИ 76.29.55

**А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров**  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы

### **«ҚҰРАМЫНДА МИЯ ТАМЫРЫНЫҢ ФИТОПРЕПАРАТЫ БАР «НОВАЯ ЖЕМЧИЖУНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ МАЙЛАРДЫҢ АСҚЫН ТОТЫҒЫНЫҢ ҮРДІСІНІҢ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ**

#### **Түйін**

Тіс жегімен зардап шегеті мектеп жасына дейінгі балалардың ауыз қуысының сілекейінде майлардың асқын тотығының қоюлану 30,5%-ды құрады.«Новая жемчижуна» атты тістік пастаның қолданғаннан кейін үш жасқа дейінгі балалардың сілекейінде антиоксидантты жүйенің жағдайлары қалыпты деңгейге жақындай түседі,оған дәлел майлардың асқын тотығының өнімдерінің: диенді конъюгатың, майлардың гидроасқын тотығының және малоновды диальдегиттің қоюлануының емге дейінгі деңгейіне қарағанда **21,3%**, 26,1 % және 69,3%-ға, «Реминді топшен салыстырғанда 8,4% 13,7% и 2,3% төмендеуі.

**Кілт сөздері:** мектеп жасына дейінгі балалар, ауыз қуысының сілекейі, майлардың асқын тотығының өнімдері, «Новая жемчужина» тіс пастасы, «Ремин» ерітіндісі.

#### **Жұмыстың өзектілігі**

Мия тамырының құрамында орын алатын глицеринды қышқылдың және одан алынған фитопрепараттардың көптеген «гиперпероксидациялық» синдром орын алатын патологиялық жағдайларда және ауруларда липидтердің асқын тотығу үрдістеріне және антиоксидантты жүйенің жағдайларына позитивті әсерлері кәзіргі кезде толық дәлелденген[16].

Тіс жегінің патогенездік ықпалдардың бірі, ол липидтердің асқын тотығының өнімдерінің шамадан тыс топтасында немесе антиоксидантты жүйенің депрессиялық жағдайға тап болуының арқасында «гиперпероксидалық» синдромның орын алу [1].

Әдебиеттерде кездесетін мәліметтерге сүйен отырып, құрамында мия тамыры бар, «Новая жемчижуна» тіс пастасының антиоксидантты әсерін тіс жегімен ауыратын балалардың ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының өнімдерінің топтасуының көрсеткіштеріне әсерін анықтауды жөн көрдік.

#### **Жұмыстың мақсаты**

Балаларының ауыз қуысының гигиеналық жағдайына құрамында мия тамырының фитопрепараты бар «Новая жемчужина» атты тістік пастаның әсеріне ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының қоюлану жағдайын зертеу.

#### **Зертеу әдістері мен материалдары**

Зертеудің мақсатына байланысты балалардың сілекейінде антитотықтырғыш жүйесінің белсенділіктері мен майлардың асқын тотығының алғашқы, ортв және соңғы өнімдерінің көрсеткішін стандартты спектофотометриялық әдіспен анықтадық[1].

#### **Зертеу нәтижелері**

Шымкент қаласының балабақша жасындағы балаларының ауыз қуысының ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының(МАТ) өнімдерінің соның ішінде алғашқы өнімдердің бірі-диенді қоспаның,ортаңғы өнімнің туындысы - майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ)және соңғы өнімнің көрсеткішінің бірі - малонды диальдегиттің мөлшері (МДА) мөлшерлерін «Реминнің» және «Новая жемчужина» тіс пастасын қолданудағы өзгерген жағдайлары төмендегі кестеде көрсетілген.

Балабақша жасындағы, үш жасқа дейінгі балаларының, ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде алғашқы өнімдердің бірі-диенді қоспаның тіс жегімен зардап шегетіндердің бйортасында диенді қоспасының мөлшері

«Ремин» атты ерітіндісін қолданғаннан кейін  $0,28 \pm 0,01$  отб/мг липидке есепте-геннен кейін  $0,24 \pm 0,01$  отб/мг липидке дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 14,3-% ға тең болды, майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде, ортаңғы өнімнің туындысы - майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ) деңгейі  $2,6 \pm 0,08$  отб/мг липидтен  $2,3 \pm 0,11$  отб/мг липидке дейін кеміді, яғни емге дейінгі көрсеткішінен 11,5-% ға төмендеді.

**Кесте** – Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуы-сының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы жағдайы.

Көрсеткіштер		Майлардың диенді қоспасының мөлшері(ДК) (отб/мг)	Майлардың гидро-асқын тотығының мөлшері (МГАТ) (отб/мг)	Малонды диальдегиттің мөлшері( МДА) (нмоль/мг)
Топтар				
3 жасқа дейін	БТ	$0,21 \pm 0,01$	$1,9 \pm 0,09$	$36,6 \pm 1,6$
	1	$0,28 \pm 0,01^*$	$2,6 \pm 0,08^*$	$44,5 \pm 1,5^*$
	2	$0,24 \pm 0,01^*$	$2,3 \pm 0,11$	$43,6 \pm 2,1$
	3	$0,22 \pm 0,01^*$	$2,0 \pm 0,10$	$42,5 \pm 2,1$
6 жасқа дейін	БТ	$0,22 \pm 1,6$	$2,0 \pm 0,10$	$37,6 \pm 1,6$
	1	$0,29 \pm 0,01^*$	$2,7 \pm 0,10^*$	$48,4 \pm 2,1^*$
	2	$0,26 \pm 0,01^*$	$2,2 \pm 0,11^*$	$46,2 \pm 2,3^*$
	3	$0,23 \pm 0,02^*$	$2,1 \pm 0,12^*$	$45,4 \pm 2,3^*$
Ескерту;БТ- бақылау тобы,1- емге дейінгі көрсеткіш,2-«Ремин» атты ерітінді,3- «Жемчина» атты тіс пастасы,*- $p < 0,05$				

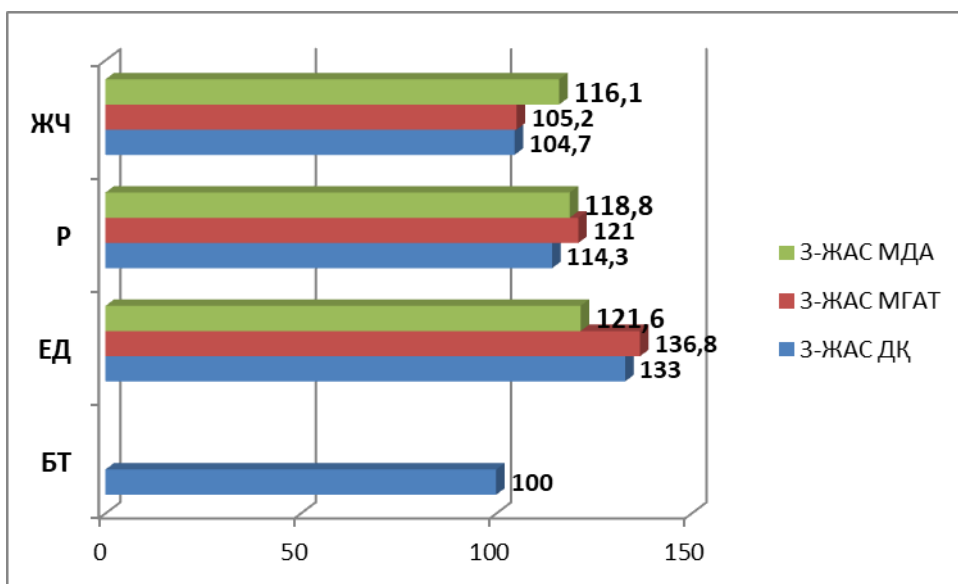
Майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде соңғы өнімнің көрсеткішінің бірі - малонды диальдегиттің мөлшері (МДА) мөлшерлері «Реминнің» ерітіндісін қолданғаннан кейін  $44,5 \pm 1,5$  нмоль/мг липидтен (емге дейінгі көрсеткіш)  $43,6 \pm 2,1$  нмоль/мг липидке дейін төмендеді, бірақ азаю деңгейі(2,1%-ға) статистикалық тұрғыдан қарағанда сенімсіз түрде орын алды ( $p > 0,05$ ).

Зертеу нәтижесінде алынған деректер үш жастан алты жастағы балалардың «Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антиоксидантты жүйелердің жағдайы позитивті жағдайлық белсенділікке тап болады, оған дәлел «Реминді» ерітіндінің әсерінен және құрамында мия тамырының фитопрепараты бар, соның ішінде глицирризин қышқылының әсерінен салыстырмалы тобына қарағанда біраз өседі.

**Шымкент қаласының балабақша жасындағы балаларының ауыз қуысының** ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің - диенді қоспаның, майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ) және малонды диальдегиттің (МДА) қоюлану мөлшерлерін «Новая жемчужина» тіс пастасын қолданудағы өзгерген жағдайлары жоғардағы кестеде көрсетілген.

**Балабақша жасындағы, үш жасқа дейінгі балаларының,** ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде алғашқы өнімдердің бірі- диенді қоспаның тіс жегімен зардап шегетіндердің бйоортасында диенді қоспасының мөлшері «Новая жемчужина» тіс пастасын қолданғаннан кейін  $0,29 \pm 0,01$  отб/мг липидке есептегеннен кейін  $0,26 \pm 0,01$  отб/мг липидке дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 14,3-% ға тең болды, майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде, ортаңғы

өнімнің туындысы - майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ) деңгейі  $2,7 \pm 0,08$  отб/мг липидтен  $2,2 \pm 0,11$  отб/мг липидке дейін кеміді, яғни емге дейінгі көрсеткішінен 11,5%-ға төмендеді. Майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде соңғы өнімнің көрсеткішінің бірі - малонды диальдегиттің мөлшері (МДА) мөлшерлері «Новая жемчужина» тіс пастасын қолданғаннан кейін  $48,4 \pm 2,1^*$   $46,2 \pm 2,3$  нмоль/мг липидтен (емге дейінгі көрсеткіш)  $43,6 \pm 2,1$  нмоль/мг липидке дейін төмендеді, бірақ азаю деңгейі (2,1%-ға) статистикалық тұрғыдан қарағанда сенімсіз түрде орын алды ( $p > 0,05$ ) (Сурет 1).



Сурет 1 – Шымкент қаласының балабақша 3 жасқа дейінгі жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы жағдайлары. Ескерту: ДҚ – диенді қоспа, МГАТ – Майлардың гидроасқын тотығы, МДА – малонды диальдегит

Қазақстан Республикасының үшінші мегеполисінде тұратын балабақша жасындағы, үш жастан- алты жас аралығындағы балаларының, ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның - диенді қоспаның тіс жегімен зардап шегетіндердің бйортасында диенді қоспасының мөлшері «Ремин» атты ерітіндісін қолданғаннан кейін  $0,29 \pm 0,01$  отб/мг липидке есептегеннен кейін  $0,26 \pm 0,01$  отб/мг ( $p < 0,05$ ) липидке дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 10,4%-ға тең болды, майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде, ортаңғы өнімнің туындысы - майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ) деңгейі  $2,7 \pm 0,10$  отб/мг липидтен  $2,2 \pm 0,1$  отб/мг ( $p < 0,05$ ) липидке дейін кеміді, яғни емге дейінгі көрсеткішінен 18,5%-ға төмендеді.

Майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде соңғы өнімнің көрсеткішінің бірі - малонды диальдегиттің мөлшері (МДА) мөлшерлері «Реминнің» ерітіндісін қолданғаннан кейін  $48,4 \pm 2,1$  нмоль/мг липидтен (емге дейінгі көрсеткіш)  $46,2 \pm 2,3$  нмоль/мг липидке дейін төмендеді, бірақ азаю деңгейі (4,6%-ға) статистикалық тұрғыдан қарағанда сенімсіз түрде орын алды ( $p > 0,05$ ).

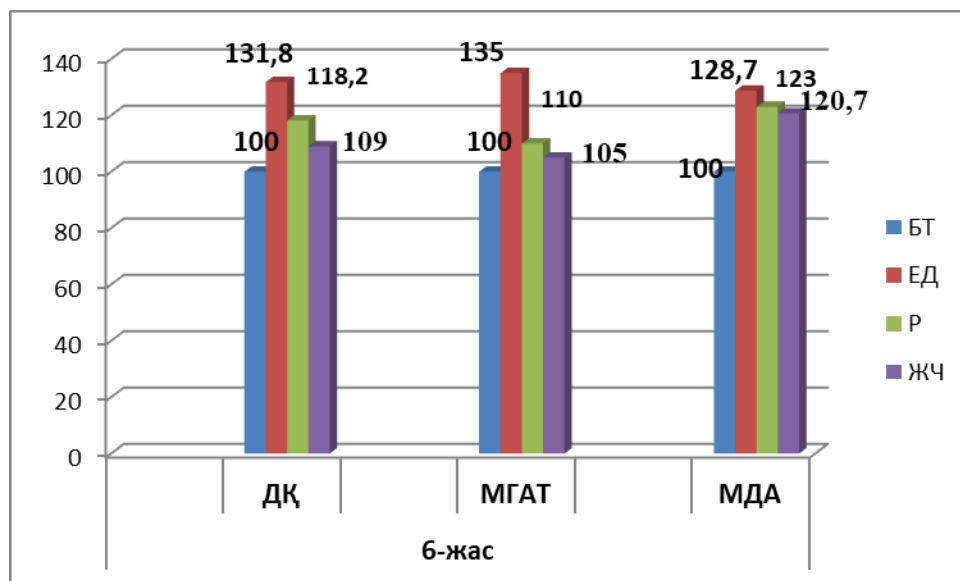
Қазақстан Республикасының үшінші мегеполисінде тұратын балабақша жасындағы, үш жастан- алты жас аралығындағы балаларының, ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің алғашқы туындысының бірі - диенді қоспаның тіс жегімен зардап шегетіндердің бйортасында диенді қоспасының мөлшері «Новая жемчужина» тіс пастасын қолданғаннан кейін  $0,29 \pm 0,01$  отб/мг липидке есептегеннен кейін  $0,23 \pm 0,01$

отб/мг( $p<0,05$ ) липидке дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 20,3,3-% ға тең болды.

Майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде, ортаңғы өнімнің туындысы – майлардың гидроасқын тотығының мөлшері (МГАТ) деңгейі  $2,7\pm 0,10$  отб/мг липидтен  $2,1\pm 0,1$  отб/мг ( $p<0,05$ ) липидке дейін кеміді, яғни емге дейінгі көрсеткішінен 22,3-% ға төмендеді.

Майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің соның ішінде соңғы өнімнің көрсеткішінің бірі - малонды диальдегиттің мөлшері (МДА) мөлшерлері «Новая жемчу-жина» тіс пастасын қолданғаннан кейін  $48,4\pm 2,1$  нмоль/мг липидтен (емге дейінгі көрсеткіш)  $45,4\pm 2,3$  нмоль/мг липидке дейін төмендеді, бірақ азаю деңгейі (6,2%-ға) статистика-лық тұрғыдан қарағанда сенімсіз түрде орын алды ( $p>0,05$ ).

Зертеу нәтижесінде алынған деректер үш жастан алты жастағы балалардың «Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антиоксидантты жүйелердің жағдайы депрессиялық жағдайдан белсенділік жағдайға тап болады, оған дәлел «Реминді» ерітіндінің әсерінен құрамында мия тамырының фитопрепараты бар, соның ішінде глицерризин қышқылының әсерінен салыстырмалы тобына қарағанда біраз өседі (Сурет 2).



Сурет 2 – Шымкент қаласының балабақша 6 жасқа дейінгі мектеп жасына дейінгі балалардың ауыз қуысының сілекейіндегі майлардың асқын тотығының (МАТ) өнімдерінің «Реминді» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы өзгеру жағдайлары. Ескерту: ДҚ – диенді қоспа, МГАТ – Майлардың гидроасқын тотығы, МДА – малонды диальдегит

### Қорытынды

1. «Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі майлардың асқын тотығының қоюлануының деңгейі жоғары болды, яғни «гиперпероксидациялық» белсенділікке тап болады. Құрамында мия тамырының фитопрепараты, соның ішінде глицерризин қышқылының бар «Новая жемчужина» тіс пастасының әсерінен салыстырмалы (Реминді тобымен) тобына қарағанда 3 жасқа дейінгі балалардың сілекейінде, соның ішінде - диенді қоспаның, майлардың гидроасқын тотығының мөлшері және малонды диальдегиттің мөлшерлерінің деңгейлері 21,3-ға, 23,1%-ға және 6,3%-ға төмендейді.

2. «Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі диенді қоспаның, майлардың гидроасқын тотығының және малонды диальдегиттің қоюлануы

мәні емге дейінгіге қарағанда 17,3% -ға, 22,3%-ға және 6,5%, ал салыстырмалы тобына қарағанда 6 жасқа дейінгі балаларда балалардың деңгейі 6,8 ,4,6% -ға және 1,9%-ға азайды..

### Әдебиеттер

- 1.Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Шойынбаева Г.Б., Дильдабаева Э. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на активность антиоксидантной системы в конденсате выдыхаемого воздуха при различной степени хронической свинцовой интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года, 34-38 бет.
2. Орманов Н.Ж.,Садырханова Ұ.Ж. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на процесс свободно-радикального перекисного окисления в бронхо-альвеолярном смыве крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года, 34-38 бет- **38-41 беттер**
- 3.Орманов Н.Ж.,Садырханова Ұ.Ж. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на перекисного окисление липидов в бронхо-альвеолярном смыве крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года, 41-43 бет.
- 5.Орманов Н.Ж., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на функциональный показатель эритроцитов в крови крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации //Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года, 38-46 бет.
- 6.Орманов Н.Ж.Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на стабильность мембран эритроцитов в крови крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года,- 46-48 бет.
- 7.Орманов Н.Ж.,Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж.,Нурманов Н. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на общий показатель интоксикации в крови крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года - 48-51 бет.
- 8.Орманов Н.Ж.,Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на интегральный коэффициент соотношения между продуктами ПОЛ и скоростью ПОЛ в крови крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года, - 51-53 бет.
- 9.Орманов Н.Ж.,Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на стабильность биологических мембран клеток печени крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации //Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда»,

посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года -53-55 бет.

10. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на активность процесса микросомального окисления в клетках печени крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации // Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года -55-58 бет.

11. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на обезвреживающую функцию печени крыс, отравленных ацетатом свинца интоксикации // Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года - 58-60 бет.

12. Орманов Н.Ж., Шойынбаева Г.Б., Каюпова З. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха при средней и тяжелой степени хронической свинцовой интоксикации // Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года -60-62 бет.

13. Орманов Н.Ж., Садырханова Ұ.Ж., Сырманова Н.Р., Қазбекова М.Ж., Жақыпбек Г. II дәрежелі артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардағы фармакотерапиялық кешендердің әсерінен уыттанудың индекс көрсеткіштерінің өзгеруіне байланысты фармакоэкономикалық нышандардың жағдайы интоксикации // Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посвященной памяти доктора медицинских наук, профессора Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года -65-71 бет.

14. Арутюнян А.В., Дубинина Е.Е., Зыбина Н.А. Методы оценки свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы организма. - Спб.: ИКФ-Фолиант, 2000. – 104 с.

## Резюме

**А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров, А.У. Амангелды**  
Южно-казахстанская медицинская академия. Г. Шымкент, Республика Казахстан

## **ВЛИЯНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «НОВАЯ ЖЕМЧУЖИНА» СОДЕРЖАЩЕГО ФИТОПРЕПАРАТА ИЗ КОРНИ СОЛОДКИ НА ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТОБОЛИЗ ЖИРОВ**

Установлено, что накопление продуктов перекисного окисления жиров в слюне у детей имеющих кариозное поражение зубов дошкольного возраста возрастает в среднем 30,5%. Применение зубной пасты «Новая жемчужина» в течение трех месяцев у детей до трехлетнего возраста улучшают состояние антиоксидантной системы, об этом свидетельствует снижение концентрации перекисидации жиров, в частности диеновых конъюгатов, гидроперекиси жиров и малонового диальдегида на 21,3%, 26,1% и 69,3% соответственно по сравнению с показателем до лечения и по сравнению с «Реминной группой» на 8,4% 13,7% и 2,3%.

**Ключевые слова:** Дети дошкольного возраста, слюна, антиоксидантная система, антирадикальная и антиокислительная активность, зубная паста «Новая жемчужина», раствор «Ремин».

## Summary

**A.B. Shokparov, K.E. Akhmadieva, N.Zh. Ormanov, N.S. Kudiyarov, A.U. Amangeldi**  
South Kazakhstan Medical Academy. G. Shymkent, Republic of Kazakhstan

### **THE INFLUENCE OF THE “NEW PEARL” DENTAL PASTE CONTAINING A PHYTOLOGICAL PRODUCT FROM RICE OF LICORICE ON THE OXIDATIVE METABOLISM OF FATS**

It has been established that the accumulation of fat peroxidation products in saliva in children with carious tooth damage in preschool age increases on average 30.5%. The use of the New Pearl toothpaste for three months in children under three years of age improves the state of the antioxidant system, this is evidenced by a decrease in the concentration of fat peroxidation, in particular diene conjugates, hydroperoxide of fats and malondialdehyde by 21.3%, 26.1% and 69.3%, respectively, compared with the pre-treatment indicator and compared with the “Remin group” group by 8.4% 13.7% and 2.3%.

**Keywords:** Children up to school age, saliva, antioxidant system, antiradical and antioxidant activity, New Pearl toothpaste, Remin solution

Сведения об авторах:

1. **Шокпаров Асылбек Баядилович** - заведующий кафедрой стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, э/ адрес: [a\\_stom@mail.ru](mailto:a_stom@mail.ru)
2. **Ахмадиева Камила Ерликовна** - зав.кафедрой фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, и.о.доцента, э/адрес: [akhmadievak@mail.ru](mailto:akhmadievak@mail.ru)
3. **Орманов Намазбай Жаппарович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [ormanov48@mail.ru](mailto:ormanov48@mail.ru)
4. **Кудияров Нурбол Саттарханович** - врач-стоматолог кафедры стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [kudiyarov.nurbol@mail.ru](mailto:kudiyarov.nurbol@mail.ru)

МРНТИ 76.29.55

**А.Б. Шокпаров<sup>1</sup>, К.Е. Ахмадиева<sup>1</sup>, Н.Ж. Орманов<sup>1</sup>, Т.Н. Орманов,<sup>2</sup> Н.С. Кудияров<sup>1</sup>**  
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы<sup>1</sup>, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
Яссави атындағы Халықаралық Қазақ Түрік университеті<sup>2</sup>, Туркестан қаласы, Қазақстан  
Республикасы

## **БАЛАЛАРЫНЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА «ЖЕМЧУЖИНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ СТАТУСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ**

### **ТҮЙІН**

«Новая жемчужина» тіс пастасының қабынуға қарсы әсерінің нәтижесінде тістің редуциялық көрсеткіштері амге дейінгі және «Реминді» тобына қарағанда 67,7% және 8,8 % жоғарылады. «Новая жемчужина» тіс пастасының 90 күн бойы қолданғанда ГИ (гигиеналық индекса) и РМА-ның көрсеткіштері 53,3% -ға және 1,39 есеге өседі. Алынған деректер бұл тіс пастасын ұзақ уақыт қолдануға болатынын негіздейді.

**Кілт сөздер:** мектепке дейінгі балалар, стоматологиялық аурулар, алдын-алу, РМА және ги (гигиеналық индекс), «Новая жемчужина» тіс пастасы, «Ремин» ерітіндісі

### **Мәселенің өзектілігі**

Қазақстанның көптеген аймақтарында бұл мәселе өте күрделі, өзекті болып отыр, бұл жағдай туралы Алматы қаласының бас стоматологы м. ғ. докторы Н.Нигметзияновтың «Rezonans.kz» порталына берген сұхбаты бойынша және ҚР парламент мәжілісінің депутаты «Нұр отан» фракциясының мүшесі Дархан Мынбайдың ҚР денсаулық сақтау министріне терілген сұраныс бойынша балаларда тіс жегінің таралы ауылдық жерлерде 98% жеткен, оның таралуы ҚР бойынша өсуде. «Тіс жегінің» айқайы әлі толасталар емес, бұл туралы Батыс Қазақстан стоматологтары (01.08.2018) М.Мусиннің, С.Нугманованың жан айқайлары бойынша, бұл мәселе Қазақстанда өте өзекті болып отыр [1]. Бұл мәселе экологиялық жағдайдың едәуір нашарлауына байланысты.

Экологиялық жағдайдың өзгеруіне байланысты Шокпаров А.Б., Кудияров Н.С. [2019 ж], Абдразаков А.У., Шокпаров А.Б. мәліметтері бойынша [2019ж], балалардың арасында тіс зақымдануының таралуы мен қарқындылығы арта түскені анықталды. [2,3]. Бұл мәселе Қазақстанның оңтүстік аймағы үшін маңызды болып табылады. Мұнда қорғасын қоршаған ортаны ластаушы және антропогенді уытты заттардың ретінде жіктелген химиялық заттардың басымдықтарының бірі. [Орманов Е.К., 2010].

Балалардың тіс жегінің алдын-алу шараларын дер кезінде қолдану бүгінгі күннің негізгі өзекті мәселерінің бірі болып отыр.

Тіс жегінің алдын-алу үшін балаларға «Ремин» атты ерітіндіні қолдануды негіздеудегі елеулі ғылыми еңбектер бар (Е.Н.Орманов, 2010 жыл, А.Б.Шокпаров, 2019 жыл), бірақ құрамында антиоксидантты белсенді заттар орын алған дәрі-дәрмектерді қолдану әлі де болса кешеуілдеп келеді. Жоарыда аталған кемшіліктерді ескере отырып құрамында эмбебап әсерлі мия тамырының фитопрепараттарының бірі - глицирризин қышқылы орын алған «Новая жемчужина» атты тіс пастасының әсерін зертеуге кірістік.

### **Жұмыстың мақсаты**

Балаларының ауыз қуысының гигиеналық жағдайына «Жемчужина» атты тістік пастаның ауыз қуысының стоматологиялық статусының жағдайына әсерін анықтау.

### **Зертеу әдістері мен материалдары**



Зертеудің мақсатына байланысты балалардың пародонт тіндерінің жай-күйі РМА индексі бойынша йод тұнбасының 2% ерітіндісінің көмегімен анықталды. Қарағайдың қабынуы (Р) 1 баллға, қызыл иектің (М) шетінің қабынуы – 2 баллға және альвеолярлы иектің (А) қабынуы – 3 баллға бағаланады. Индекс мәні мынадай формула бойынша анықталды:

$$\text{РМА индексі} = \frac{\text{РМА қосындысы} \times 100}{3 \times n} \%, \quad (2)$$

Мұндағы  $n$  – тіс саны

**Ауыз қуысының гигиеналық жағдайын бағалау** үшін гигиеналық индекс Green-Vermillion Ю. А. Федорова-в. В. Володкиной әдістері арқылы анықталды [ 7 ].

**Зертеу нәтижелері:** Тісжігінің және ауыз қуысының гигиеналық индексінің (РМА,ГИ) көрсеткіштерінің «Новая Жемчужина» әсерінен өзгеруі кесіде көрсетілген. .

«Новая жемчужина» пастасын үздіксіз қолданған топтағы балаларда РМА индексінің мәні 30 күн бойы емдеу-профилактикалық әдісімен қолдану нәтижесінде 35,0±0,45%-дан 16,4±0,32\*% -ға дейін төмендеді, яғни емге дейінгі көрсеткішпен салыстырғанда 53,2%-ға төмендеді, ал бақылау және салыстырмалы тобында бұл көрсеткіштің мәні 25%-ға және 47,4%-ға ғана азайады.«Новая жемчужина» пастасын құрамындағы глициризин қышқылы-ның орын алуына және оның қабынуға қарсы белсенділігіне байланысты редукциялық жағдайының көрсеткіші емге дейінгі мәніне қарағанда 45,9% төмендеді, ал бақылау тобында тіс пастасының әсерінен, бұл көрсеткіштің мәні 25%-ға ғана азайады, яғни редукциялық белсенділігі салыстырмалы тобына қарағанда 1,83 есеге артты.

«Новая жемчужина» пастасын үздіксіз емдеу- профилактикалық жағдайда қолдану нәтижесінде ауыз қуысының гигиеналық индексі 2,8±0,05 шб-ден 1,34±0,06 шб-ге дейін азайады, төмендеу деңгейі 52,2% -ға тең болды, ал салыстырмалы және «Реминді» ерітіндісінің 2,1±0,09 және 1,5±0,09 шб–ге дейін және төмендеді, яғни азаю мәні 30,8% -ға және 46,5%-ға тең болды. «Новая жемчужина» пастасын емдеу- профилактикалық гигиеналық индексінің белсенділігі салыстырмалы және «Реминді» ерітіндісінің тобына қарағанда 1,12 және 1,45 есеге жоғарылады.

«Новая жемчужина» пастасын 90 күн бойы қолдану нәтижесінде ауыз қуысының РМА көрсеткіші 35,0±0,45%-дан 11,3±0,24%-ға дейін төмендеді, яғни емге дейінгі көрсеткішпен салыстырғанда 67,7%-ға төмендеді, ал бақылау және Реминді тобында бұл көрсеткіштің мәні 45,1%-ға және 62,6%-ға ғана азайады. яғни редукциялық белсенділігі салыстырмалы тобына қарағанда 1,5 және 1,39 есеге немесе 50,0%-ға және 38,5%-ға өседі.

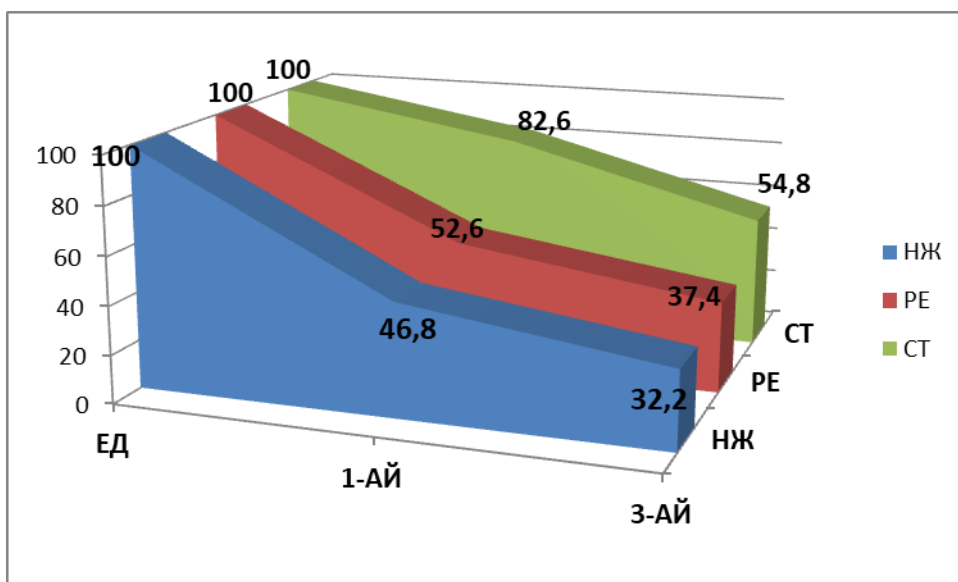
«Новая жемчужина» пастасын үш ай бойы емдеу- профилактикалық жолымен қолданғанда әсерінен ауыз қуысының гигиеналық индексі 2,8±0,05 шб-ден 1.05 ±0,02\*шб –ге дейін азайады, төмендеу деңгейі 62,5% -ға тең болды, ал салыстырмалы және «Реминді» ерітіндісінің 1,4±0,05 және 1,2±0,05 шб–ге дейін төмендеді, яғни азаю мәні 50% -ға және 57,2%-ға тең болды. «Новая жемчужина» пастасын емдеу- профилактикалық гигиеналық индексінің белсенділігі салыстырмалы және «Реминнің » ерітіндісінің тобына қарағанда 1,09 және 1,20 есеге жоғарылады.

Кесте 1 – Тісжігінің және ауыз қуысының гигиеналық индексінің (РМА,ГИ) көрсеткіштерінің «Новая Жемчужина» әсерінен өзгеруі.

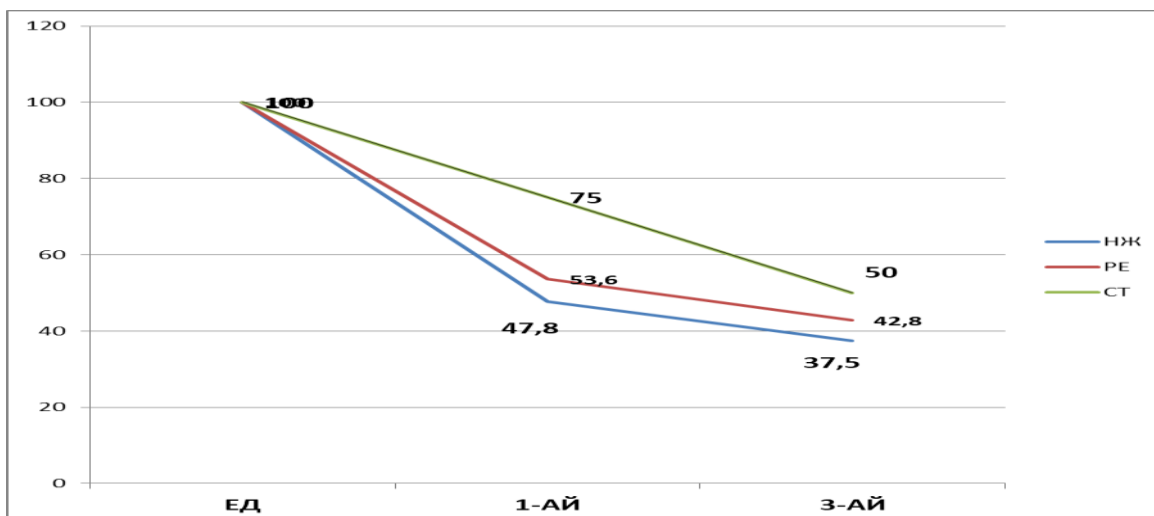
Зерттелуші топтар	Емге дейінгі көрсеткіштер		1-айдан кейінгі көрсеткіштер		3-айдан кейінгі көрсеткіштер	
	РМА (%)	ГИ (шб)	РМА (%)	ГИ (шб)	РМА (%)	ГИ (шб)
Салыстырмалы топ	35,0 ±0,45	2,8±0,05	28,9±0,35	2,1±0,09	19,2±0,24	1,4±0,05
«Ремин» ерітіндісі	35,0±0,45	2,8±0,05	18,4±0,28*	1,5±0,06*	13,1±0,14*	1.2±0,02*
Негізгі топ-«Новая жемчужина» пастасы	35,0±0,45	2,8±0,05	16,4±0,32*	1,34±0,06*	11,3±0,14*	1.05±0,02*

\*P<0,05 –салыстырмалы тобымен салыстырғандағы көрсеткіш

Сонымен, зертеу нәтижесінде алынған деректер «Новая жемчужина» тіс пастасын "Ремин" атты ерітіндісімен салыстырғанда белсенділігі жоғары болды, оған дәлел, 3 ай ішінде негізгі топтағы емделушілерде тиімділік коэффициенті 72,4% болатын РМА индексінің және гигиеналық индекстің көрсеткішінің төмендулері «Реминді» тобымен салыстырғанда 1,6 есе және 9,3% тең болды және «Новая жемчужина» тіс пастасын емдеу-алдын алу құралы ретінде ұзақ уақыт пайдалану үшін негіз береді.



Сурет 1 – Тісжігінің және ауыз қуысының РМА дәрежесінің «Новая жемчужина» пастасының, «Реминді» және салыстырмалы топтардағы өзгеру жағдайы. Ст-салыстырмалы топ, РЕ «Реминнің» ерітіндісі, НЖ –«Новая жемчужина» пастасы СТ-Салыстырмалы топ, ЕД- емге дейін.



Сурет 2- Тісжігінің және ауыз қуысының гигиеналық индексінің қарқындылығының (ГИ) дәрежесінің «Новая жемчужина» пастасының, «Реминді» және салыстырмалы топтардағы өзгеру жағдайы. СТ-салыстырмалы топ, РЕ «Реминнің» ерітіндісі, НЖ – «Новая жемчужина» пастасы СТ- Салыстырмалы топ, ЕД- емге дейін.

#### Қорытынды

1. «Новая жемчужина» пастасын 90 күн бойы қолдану нәтижесінде ауыз қуысының РМА көрсеткіші емге дейінгі көрсеткішпен салыстырғанда 67,7%-ға төмендеді, ал бақылау және Реминді тобында бұл көрсеткіштің мәні 45,1%-ға және 62,6%-ға ғана азайады. яғни редуциялық белсенділігі салыстырмалы тобына қарағанда 1,5 және 1,39 есеге немесе 50,0 %-ға және 38,5%-ға өседі.

2. «Новая жемчужина» пастасын үздіксіз емдеу- профилактикалық жағдайда қолдану нәтижесінде ауыз қуысының гигиеналық индексі 52,2% -ға азайады және салыстырмалы және «Реминді» ерітіндісінің тобына қарағанда 1,12 және 1,45 есеге жоғарылады.

#### Әдебиеттер

1. Абдразаков А.У., Шокпаров А.Б., Амангелді. А.У., Шымкент қаласының жер қыртысындағы қорғасынның мөлшерінің экоаудандарға байланысты жағдайы. //ОҚМА Хабаршысы, №3(87) -том IV 2019, 51-53 бет.
2. Орманов Е.К. Повышение качества стоматологической помощи детям в Южно-Казахстанской области в рамках ГОБМП//Ежеквартальный журнал «Проблемы стоматологии»-Международная науч.-практ.конференция «Проблемы и перспективы развития стоматологической службы в Республике Казахстан» - Алматы, 2010.- С. 179-180.
3. Орманов Е.К. Гигиенические аспекты профилактики стоматологических заболеваний у детей Южно-Казахстанской области/ Автореферат дисс... на соискание ученой степени кандидата медицинских наук .Туркестан, 2010, С-23.
4. Шокпаров А.Б., Кудияров Н.С., Амангелді. А.У., Балалардың ауыз қуысының гигиеналық жағдайына «Ремин» апты ерітіндінің әсері./ ОҚМА хабаршысы, № 3(87)- том IV 2019, -56-58 бет.
5. Шокпаров А.Б., Кудияров Н.С., Амангелді. Балалардың тіс зақымдануының қарқындылығының жасына және экоаудандарға байланысты жағдайы (Шымкент қаласы) //ОҚМА Хабаршысы, №,3(87). - том IV 2019, -49- 50 бет.
5. Орманов Н.Ж., Долтаева Б.З., Е. Алдабергенова А.Е. Шымкент қаласының балаларының тіс зақымдануының жастарына байланысты жағдайы // Оңтүстік қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының Хабаршысы № 4 (81), 2017 г., Том V, 113-114 бет.

4. Орманов Н.Ж., Шойынбаева Г.Б., Данилина А. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на процессы перекисного окисления липидов в крови у больных с хронической свинцовой интоксикацией//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посв.памяти д.мед.н., проф. Адильбековой Д.А.-ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года.-С23-28
5. Орманов Н.Ж., Шойынбаева Г.Б., Бадилова Г. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на процессы свободно-радикального перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха при различной степени хронической свинцовой интоксикации //Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посв. памяти д.мед.н., проф. Адильбековой Д.А.- ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года -28-32 бет.
6. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Шойынбаева Г.Б., Каюпова З. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха при легкой степени хронической свинцовой интоксикации//Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посв. памяти д.мед.н., проф. Адильбековой Д.А.-ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года - 14-19 бет.
7. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж., Нурманов Н. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на общий показатель интоксикации в крови крыс, отравленных ацетатом свинца// Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиена труда», посв.памяти д.м.н., проф.Адильбековой Дариги Айдановны. ЮКГФА. Шымкент, 3 мая 2013года –С.51-53
8. Арутюнян А.В., Дубинина Е.Е., Зыбина Н.А. Методы оценки свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы организма. - Спб.: ИКФ-Фолиант, 2000. – 104 с.

### Резюме

**А.Б. Шокпаров<sup>1</sup>, К.Е. Ахмадиева<sup>1</sup>, Н.Ж. Орманов<sup>1</sup>, Т.Н. Орманов<sup>2</sup>, Н.С. Кудияров<sup>1</sup>**  
Южно-Казахстанская медицинская академия<sup>1</sup>, г. Шымкент, Республика Казахстан  
Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави<sup>2</sup> г. Туркестан, Республика Казахстан.

### ВЛИЯНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «НОВАЯ ЖЕМЧУЖИНА» НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Противовоспалительное действие «Новая жемчужина» по показателю редукции составило 67,7%, что 8,8% больше, чем в группе пациентов сравнение и использовавших «Ремин». Через 90 дней применение отмечено достоверное снижение показателя индекса ГИ (гигиенического индекса) и РМА ртовой полости на 53,3% и 1,39 раза. Полученные данные дают основание для более длительного курса использования зубной пасты.

**Ключевые слова:** дети до школьного возраста, стоматологические заболеваний, профилактика индек РМА, гигиенический индекс, зубная паста «Новая жемчужина», раствор «Ремин».

### Summary

**A.B. Shokparov<sup>1</sup>, K.E. Akhmadieva<sup>1</sup>, N.Zh. Ormanov<sup>1</sup>, T.N. Ormanov<sup>2</sup>, N.S. Kudiyarov<sup>1</sup>**  
South Kazakhstan Medical Academy<sup>1</sup>. g. Shymkent, International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi<sup>2</sup> g. Turkestan, Republic of Kazakhstan.

## THE INFLUENCE OF THE “NEW PEARL” DENTAL PASTE ON THE STOMATOLOGICAL STATUS OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN

The anti-inflammatory effect of the “New Pearl” in terms of reduction amounted to 67.7%, which is 8.8% more than in the comparison group of patients using “Remin”. After 90 days of use, there was a significant decrease in the GI index (hygiene index) and the RMA of the oral cavity by 53.3% and 1.39 times. The data obtained provide the basis for a longer course of use of toothpaste.

**Keywords:** children under school age, dental diseases, prophylaxis of the PMA index, hygiene index, New Pearl toothpaste, Remin solution

Сведения об авторах:

1. **Шокпаров Асылбек Баядилович** - зав кафедрой стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, э/ адрес: [a\\_stom@mail.ru](mailto:a_stom@mail.ru)
2. **Ахмадиева Камила Ерликовна** - зав.кафедрой фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, и.о. доцента, э/адрес: [akhmadievak@mail.ru](mailto:akhmadievak@mail.ru)
3. **Орманов Намазбай Жаппарович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [ormanov48@mail.ru](mailto:ormanov48@mail.ru)
4. **Орманов Талгат Намазбаевич** - кандидат биологических наук, и.о. доцента кафедры биохимии Международного казахско-турецкого университете им. Яссави, э/адрес: [ormanov\\_talgat@mail.ru](mailto:ormanov_talgat@mail.ru)
5. **Кудияров Нурбол Саттарханович** - врач-стоматолог кафедры стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [kudiyarov.nurbol@mail.ru](mailto:kudiyarov.nurbol@mail.ru)

МРНТИ 76.29.55

**А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров, А.У. Амангелді**  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

## **ҚҰРАМЫНДА МИЯ ТАМЫРЫНЫҢ ФИТОПРЕПАРАТЫ БАР «НОВАЯ ЖЕМЧУЖИНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ СІЛЕКЕЙДІҢ АНТИОКСИДАНТТЫ ЖҮЙЕСІНІҢ ҮРДІСТЕРІНЕ ӘСЕРІ**

### **Түйін**

Мектеп жасындағы тісжегімен ауыртын балалардың ауыз қуысының сілекейінде депрессия антиоксидантты депрессиялық жағдайға тап болады. «Новая жемчужина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антирадикалды және антиототықтырғыш көрсеткіштерінің мәні емге дейінгіге қарағанда 38,7% -ға және 31,3%-ға, «Реминді» тобына қарағанда деңгейлері 11,0% -ға және 7,5%-ға өседі.

**Кілт сөздері:** мектеп жасына дейінгі балалар, сілекей, антиоксидантты жүйе, антирадикалды және антиототықтырғыш белсенділіктері, «Новая жемчужина» тіс пастасы, «Реминді».

### **Кіріспе**

Тіс жегінің патогенездік ықпалдардың бірі, ол липидтердің асқын тотығы-ғының өнімдерінің шамадан тыс топтасында немесе антиоксидантты жүйенің депрессиялық жағдайға тап болуының арқасында «гиперпероксидалық» синдромның орын алуы [1].

Мия тамырының құрамында орын алатын глицеризинды қышқылдың липидтердің асқын тотығу үрдістеріне антиоксидантты әсері кәзіргі кезде толық дәлелденген [1-6].

Әдебиеттерде кездесетін мәліметтерге сүйен отырып, құрамында мия тамыры бар, «Новая жемчужина» тіс пастасының антиоксидантты әсерін тіс жегімен ауыратын балалардың ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды және антиототықтырғыш көрсеткіштеріне әсерін анықтауды жөн көрдік..

### **Жұмыстың мақсаты**

Құрамында мия тамырының фитопрепараты бар «Новая жемчужина» атты тістік пастаның антиототықтырғыш жүйесінің үрдістеріне әсерін зертеу.

### **Зертеу әдістері мен материалдары**

Зертеудің мақсатына байланысты балалардың сілекейінде антиототықтырғыш жүйесінің, соның ішінде антирадикалды (АРБ) және антиототықтырғыш белсенділіктерінің (АТБ) көрсеткішін стандартты спектофотометриялық әдіспен анықтадық [7].

### **Зертеу нәтижелері**

Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды және антиототықтырғыш көрсеткіштерінің гигиеналық индекстің деңгейіне байланысты жағдайының «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын әсерлеріне өзгерулері төмендегі 1-кестеде көрсетілген.

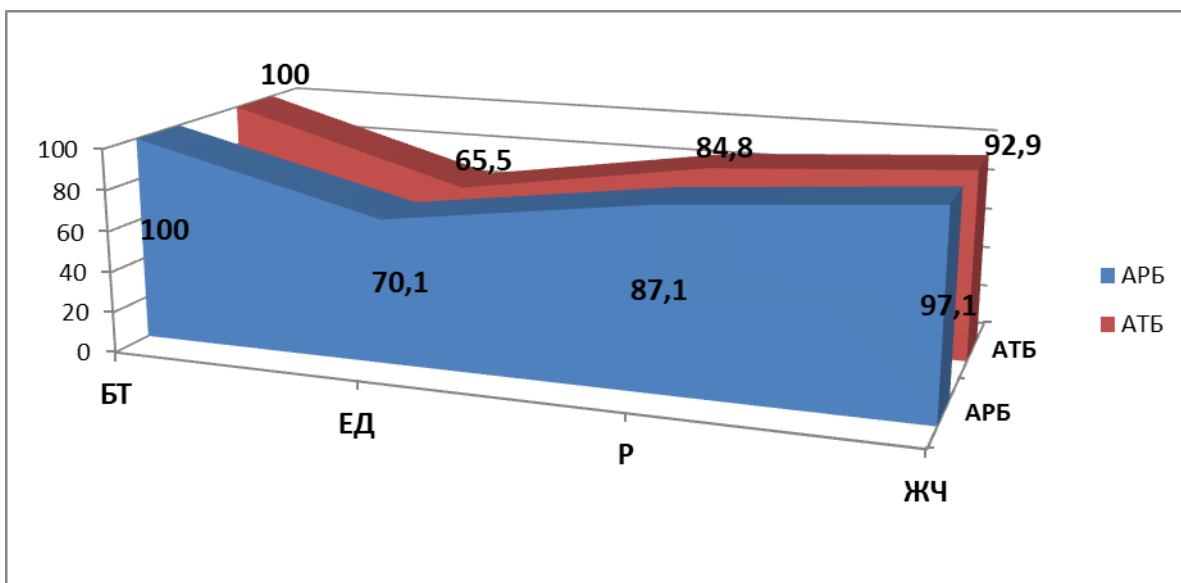
Зертеу нәтижесінде алынған мәліметтер (кесте-1,1 және 2 суреттер) балабақшада-ғы, 3 жасқа дейінгі балалардың ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды белсенділігі (АРБ) «Ремин» ерітіндісінің 3 айлық әсерінен  $33,9 \pm 2,09$  шб-ден  $42,3 \pm 0,8$  шб дейін жоғарылады, яғни жоғарылау деңгейі 24,7%-ға тең болды, ал-«Жемчужина» атты тіс пастасы әсеріне АРБ деңгейі  $46,9 \pm 1,11$  шб тең болды және жоғарылау көрсеткіші 38%-ға тең болды, бірақ дені сау балалардың көреткішінен 15,2%-ға 6,1%-ға тең сәйкес төменгі жағдайда болды.

Кесте 1– Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды және антитотқырғыш көрсеткіштерінің гигиеналық индекстің деңгейіне байланысты жағдайының «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы жағдайының өзгеруі

Зерттелген топтар		Көрсеткіштер	
		Ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды белсенділігі (АРБ)(ШБ)	Ауыз қуысының сілекейіндегі антитотқырғыш белсенділігі (АТБ) (ШБ)
3 жасқа дейін (1-ші топ)	Кг	48,3±1,03	31,6±1,6
	1	33,9±1,09	20,7±1,5*
	2	42,3± 1,08*	26,8±2,1*
	3	46,9±1,11*	29,7±2,2*
3- 6 жасқа дейін (2-ші топ)	Кг	47,4±2,10	30,6±1,6
	1	33,8±2,10*	22,4±2,1*
	2	43,5±1,11*	27,8±2,3*
	3	45,7±1,12*	29,4±2,3*
Ескерту: БТ- бакылау тобы,1- емге дейінгі көрсеткіш,2-«Ремин» атты ерітінді,3-«Жемчина» атты тіс пастасы,*-p<0,05			

Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антитотқырғыш көрсеткіштерінің белсенділігі (АТБ) «Ремин» ерітіндісінің үш айлық әсерінен 20,7±1,5 шб-ден 26,8±2,1 шб дейін жоғарылады, яғни өсу деңгейі 28,4%-ға тең болды, ал-«Жемчина» атты тіс пастасы әсеріне АТБ деңгейі 29,7±2,2 шб тең болды және жоғарылау көрсеткіші 43,4%-ға тең болды, бірақ дені сау балалардың көреткішінен 12,5%-ға 7%-ға сәйкес төменгі жағдайда болды қарағанда сенімсіз түрде орын алды (p>0,05).

Зертеу нәтижесінде алынған деректер үш жасқа дейінгі балаларды -«Жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антиоксидантты жүйелердің жағдайы депрессиялық жағдайдан белсенділік жағдайға тап болады,оған дәлел «Реминді» ерітінді-нің әсерінен құрамында мия тамырының фитопрепараты бар, соның ішінде глицирризин қышқылының әсерінен салыстырмалы тобына қарағанда 10,9%-ға және 11,5-ға өседі(Сурет1).



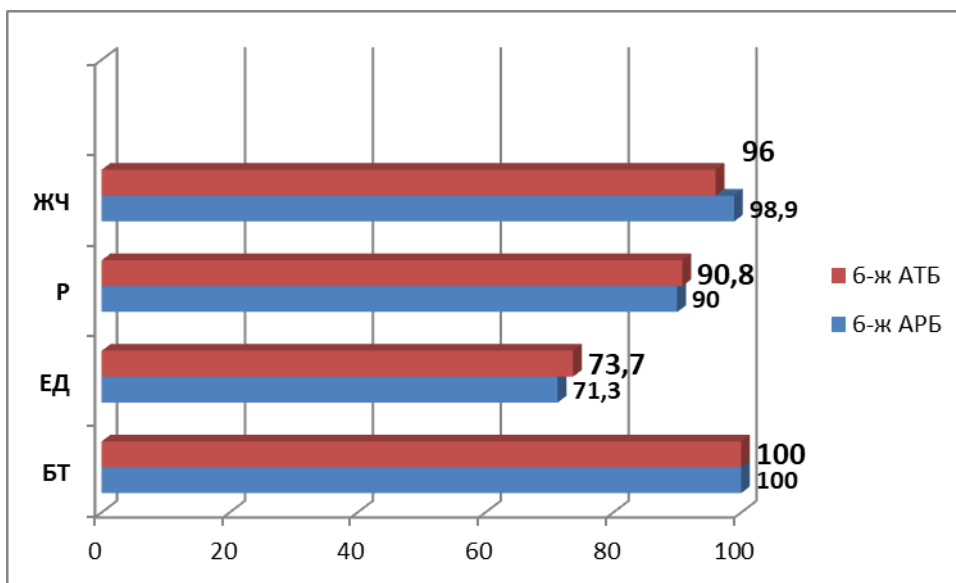
Сурет 1 - Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды және антитотоктырғыш көрсеткіштерінің гигиеналық индекстің деңгейіне байланысты жағдайының «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы жағдайының өзгеруі. Ескерту: БТ-бақылау тобы, ЕД- емге дейін, Р - «Ремин» ерітіндісі, Ж - «Новая жемчижина» тіс пастасы.

Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антитотоктырғыш көрсеткіштерінің белсенділігі (АТБ) «Ремин» ерітіндісінің үш айлық әсерінен  $20,7 \pm 1,5$  шб-ден  $26,8 \pm 2,1$  шб дейін жоғарылады, яғни өсу деңгейі 28,4%-ға тең болды, ал - «Новая жемчижина» атты тіс пастасы әсеріне АТБ деңгейі  $29,7 \pm 2,2$  шб тең болды және жоғарылау көрсеткіші 43,4%-ға тең болды, бірақ дені сау балалардың көреткішінен 12,5%-ға 7%-ға сәйкес төменгі жағдайда болды қарағанда сенімсіз түрде орын алды ( $p > 0,05$ ).

Зертеу нәтижесінде алынған деректер үш жастан алты жастағы балалардың «Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антиоксидантты жүйелердің жағдайы депрессиялық жағдайдан белсенділік жағдайға тап болады, оған дәлел «Реминді» ерітіндінің әсерінен құрамында мия тамырының фитопрепараты бар, соның ішінде глицирризин қышқылының әсерінен салыстырмалы тобына қарағанда біраз өседі (Сурет 2).

«Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антирадикалды және антитотоктырғыш көрсеткіштерінің мәні емге дейінгіге қарағанда 38,7%-ға және 31,3%-ға, салыстырмалы емдік тобына қарағанда 6 жасқа дейінгі балаларда оның деңгейі 11,0%-ға және 7,5%-ға өседі.





Сурет 2 - Шымкент қаласының балабақша (3 жасқа дейінгі және 6 жасқа дейінгі) жасындағы ауыз қуысының сілекейіндегі антирадикалды және антитотықтырғыш көрсеткіштерінің гигиеналық индекстің деңгейіне байланысты жағдайының «Реминнің» және «Жемчужина» тіс пастасын қолданудағы жағдайының өзгеруі, Ескерту:БТ-бақылау тобы,ЕД- емге дейін,Р-«Ремин» ерітіндісі, НЖ - «Новая жемчужина» тіс пастасы.

### Қорытынды

1.«Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антиоксиданты жүйелердің жағдайы депрессиялық жағдайдан белсенділік жағдайға тап болады,оған дәлел «Реминді» ерітіндінің әсерінен құрамында мия тамырының фитопрепараты бар ,соның ішінде глицирризин қышқылының әсерінен салыстырмалы тобына қарағанда 3 жасқа дейінгі балаларда антирадикалды және антитотықтырғыш көрсеткіштердің деңгейі 10,9%-ға және 11,5%-ға өседі.

2.«Новая жемчина» атты тіс пастасының әсеріне ауыз қуысындағы сілекейдегі антирадикалды және антитотықтырғыш көрсеткіштерінің мәні емге дейінгіге қарағанда 38,7,9% -ға және 31,3%-ға, салыстырмалы тобына қарағанда 6 жасқа дейінгі балаларда балалардың деңгейі 11,0% -ға және 7,5%-ға өседі.

### Әдебиеттер

- 1.Орманов Н.Ж., Долтаева Б.З..Е. Алдабергенова А.Е. Шымкент қаласының балаларының тіс зақымдануының жастарына байланысты жағдайы // Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының Хабаршысы-№4 (81), 2017 г., Том V, 113-114 беттер
- 2.Орманов Н.Ж., Сырманова Н.Р. Алиева Т. Құздама тәріздес артритпен ауыратын сырқаттар қанының құрамындағы глутатион түрлерінің индометацинге сезімталдығына байланысты өзгерістері // Медицина ғылымының докторы, профессор Дариға Айданқызы Әділбекованы еске алу күніне орай «Кәсіптік патология және еңбек гигиенасының өзекті мәселелері және алдын-алу шаралары» атты тақырыбында өткізілген ғылыми-тәжірибелік конференциясының еңбектер жинағы, 3 мамыр 2013 жыл., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармация академиясы.Шымкент, 2013ж, 19-23 бет.
3. Орманов Н.Ж., Шойынбаева Г.Б., Данилина А. Влияние фитопрепаратов корня солодки и

донника лекарственного на процессы перекисного окисления липидов в крови у больных с хронической свинцовой интоксикацией. Медицина ғылымының докторы, профессор Дариға Айданқызы Әділбекованы еске алу күніне орай «Кәсіптік патология және еңбек гигиенасының өзекті мәселелері және алдын-алу шаралары» атты тақырыбында өткізілген ғылыми-тәжірибелік конференциясының еңбектер жинағы, 3 мамыр 2013 жыл, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент, 2013ж, 23-28 бет.

4. Орманов Н.Ж., Шойынбаева Г.Б., Бадилова Г. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на процессы свободно-радикального перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха при различной степени хронической свинцовой интоксикации. Медицина ғылымының докторы, профессор Д.А. Әділбекованы еске алу күніне орай «Кәсіптік патология және еңбек гигиенасының өзекті мәселелері және алдын-алу шаралары» атты тақырыбында өткізілген ғылыми-тәжірибелік конференциясының еңбектер жинағы, 3 мамыр 2013 жыл, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент, 2013 -28-32 бет.

5. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Шойынбаева Г.Б., Каюпова З. Влияние фитопрепаратов корня солодки и донника лекарственного на перекисного окисления липидов в конденсате выдыхаемого воздуха при легкой степени хронической свинцовой интоксикации. Медицина ғылымының докторы, профессор Дариға Айданқызы Әділбекованы еске алу күніне орай «Кәсіптік патология және еңбек гигиенасының өзекті мәселелері және алдын-алу шаралары» атты тақырыбында өткізілген ғылыми-тәжірибелік конференциясының еңбектер жинағы, 3 мамыр 2013 жыл, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы. Шымкент, 2013-14-19 бет.

6. Орманов Н.Ж., Орманов Т.Н., Садырханова Ұ.Ж., Нурманов Н. Влияния фитопрепаратов корня солодки и корня донника лекарственного на общий показатель интоксикации в крови крыс, отравленных ацетатом свинца // Сборник трудов научно-практической конференции «Актуальные проблемы и профилактики профессиональной патологии и гигиены труда», посв. памяти доктора медицинских наук, профессора Д.А. Адильбековой, 3 мая 2013 года, ЮКГФА, Шымкент 2013.-С. 51-53

7. Арутюнян А.В., Дубинина Е.Е., Зыбина Н.А. Методы оценки свободно-радикального окисления и антиоксидантной системы организма. - СПб.: ИКФ-Фолиант, 2000. – 104 с.

### Резюме

**А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров, А.У. Амангелди**  
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан.

### **ВЛИЯНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «НОВАЯ ЖЕМЧУЖИНА» СОДЕРЖАЩЕГО ФИТОПРЕПАРАТ КОРНИ СОЛОДКИ НА АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ СЛЮНЫ**

Установлено депрессия антиоксидантной системы слюны у детей дошкольного возраста. Применение зубной пасты «Новая жемчужина» в течение трех месяцев улучшают состояния антиокси-дантной системы, об этом свидетельствует увеличение антирадикальной и антиокислительной актив-ности на 38,7% и 31,3%, соответственно по сравнению с показателем до лечения и по сравнению с контрольной группой «Реминной группой» на 11,5% и 7,5%.

**Ключевые слова:** дети до школьного возраста, слюна, антиоксидантная система, антиради-кальная и антиокислительная активность, зубная паста «Новая жемчужина», раствор «Ремин»

## Summary

**A.B. Shokparov, K.E. Akhmadieva, N.Zh. Ormanov, N.S. Kudiyarov, A.U. Amangeldi**  
South Kazakhstan Medical Academy. G. Shymkent, Republic of Kazakhstan.

### **INFLUENCE OF DENTAL PASTE "NEW PEARL" CONTAINING PHYTOLOGICAL PRODUCT ROOTS OF MALTICE ON ANTIOXIDANT SYSTEM OF SALIVA**

Depression of the antioxidant system of saliva in preschool children has been established. The use of New Pearl toothpaste for three months improves the state of the antioxidant system, this is evidenced by an increase in antiradical and antioxidant activity by 38.7.9% and 31.3%, respectively, compared with the pre-treatment rate and compared to the control group "Remin group" by 11.5% and 7.5%.

**Keywords:** Children up to school age, saliva, antioxidant system, antiradical and antioxidant activity, New Pearl toothpaste, Remin solution

Сведения об авторах:

1. **Шокпаров Асылбек Баядилович** - зав кафедрой стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, э/ адрес: [a\\_stom@mail.ru](mailto:a_stom@mail.ru)
2. **Ахмадиева Камила Ерликовна** - зав.кафедрой фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, кандидат медицинских наук, и.о.доцента, э/адрес: [akhmadievak@mail.ru](mailto:akhmadievak@mail.ru)
3. **Орманов Намазбай Жаппарович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [ormanov48@mail.ru](mailto:ormanov48@mail.ru)
4. **Кудияров Нурбол Сагтарханович** - врач-стоматолог кафедры стоматологии Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [kudiyarov.nurbol@mail.ru](mailto:kudiyarov.nurbol@mail.ru)
5. **Амангельді Акерке Уалиханқызы** - магистрант группы ММО-101-18 специальности «Медицина» Южно-Казахстанской медицинской академии, э/адрес: [aikan\\_94@mail.ru](mailto:aikan_94@mail.ru)

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МРНТИ 76.29.39; 76.29.62

**М.М. Сахипов**

Казахско-Российский медицинский университет, Алматы, Республика Казахстан  
**ТАКТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ  
ПЕЧЕНИ: ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ**

### РЕЗЮМЕ

Предложена тактика оперативных вмешательств правосторонней гемигепатэктомии при обширных резекциях печени. Выполнение которых возможно только в специализированных центрах хирургии печени, располагающих необходимым диагностическим и специальным операционным оборудованием, а также квалифицированным персоналом с опытом работы при операциях на печени. Для успешного выполнения правосторонней гемигепатэктомии предпочтительно использовать анатомический метод резекций, который предполагает предварительную перевязку глиссоновых элементов в портальных воротах.

**Ключевые слова:** очаговое поражение печени, обширная резекция печени, правосторонняя гемигепатэктомия, оперативное вмешательство, правая доля печени.

### Актуальность

На сегодняшний день опыт и результаты ведущих хирургов-гепатологов стран СНГ и зарубежья показывают, что успешное хирургическое лечение больных с различными очаговыми заболеваниями зависит от многих факторов и условий: размеров очагового заболевания и объема резекции, локализации опухоли, характера очага, степени вовлечения в процесс нижней полой вены, печеночных вен или элементов сосудисто-секреторной ножки в портальных воротах печени, от исполнения резекционной техники оператора и технического оснащения операционной [1,2,3,4]. Техника выполнения операции в определенной степени играет свою роль при вовлечении в опухолевый или паразитарный процесс нижней полой или воротной вен, их притоков и ветвей, которые при современном уровне развития технологии могут быть удалены вместе с участком пораженного сосуда на более или менее значительном ее протяжении [5, 6,7].

### Материалы и методы

Работа основана на анализе результатов исследований и хирургического лечения (резекция печени) 193 пациентов, оказанного больным с различными очаговыми заболеваниями печени в возрасте от 2 до 73 лет за период с 1990 по 2017гг. в отделе хирургии печени НИЦХ им. А.Н.Сызганова и №7 городской клинической больницы г. Алматы.

В основную (I) группу был включен 81 пациент с очаговыми заболеваниями печени, оперированные с 2004 по 2017гг. У больных в процессе диссекции паренхимы печени применяли ультразвуковой гармонический скальпель, при обработке сосудисто-секреторных элементов по линии рассечения паренхимы выполняли наложение танталовых клипс. Гемостаз резецированной поверхности достигали аргоновой коагуляцией и адгезией пластин ТахоКомба (фирмы «Nuscomed», Австрия). С целью профилактики и восполнения больших кровопотерь операции сопровождалась сосудистой изоляцией в виде приема Прингла. Реинфузия крови при массивных кровопотерях производилась с применением кровосберегающего оборудования «Секвестр -1000».

Группу клинического сравнения (контрольная, II-группа) составили 112 пациентов, которым выполнены различного объема резекции печени в НИЦХ им. А.Н.Сызганова с 1990 по 2003гг. Операции больным производились по общепринятой ранее технике оперативных вмешательств на печени с помощью диатермокоагуляции, прошивания паренхимы печени П-

образными швами Кузнецова-Пенского и его модификациями (частью с оментогепатопексией), без приема Прингла, наложения ТахоКомба и использования аппаратов кровосбережения.

В последние годы наряду с улучшением диагностики и техники выполнения операций с использованием кровосберегающих технологий возросло как общее количество резекций, так и число обширных резекций печени. Так, общее количество обширных резекций было выполнено у 133 пациентов: 62 (46,6%) больных в основной и 71 (53,4%) в контрольной группах.

Большинство больных (около 30%) было оперировано по поводу гемангиомы печени. За последний 5-летний период значительно увеличилось количество оперированных больных по поводу альвеолярного эхинококкоза (19,7%), первичного рака печени (18,5%), в то время как отсутствовали оперированные в объеме обширной резекции печени по поводу одиночных непаразитарных кист печени. Это связано с тем, что тактика хирургического лечения в нашей клинике в случаях непаразитарного кистозного поражения печени выбрана в пользу фенестраций кист. Единичные наблюдения резекции печени у больных контрольной группы объясняются их выполнением на начальных этапах становления гепатохирургии в нашем центре.

В обеих исследуемых группах одинаково часто в процентном выражении определялось очаговые поражения печени небольших размеров: от 4 см до 10 см – около 28%, размеры которой составляли в среднем  $7,2 \pm 2,6$  см. Немногим более в основной группе выявлены опухоли больших и гигантских размеров ( $18,2 \pm 3,1$  см) – 44,4%, тогда как в контрольной группе частота выявления этой категории образований составила 32,1% ( $16,6 \pm 2,4$  см). Количество больных со средними размерами очаговых поражений превалировало в контрольной группе и составило соответственно 39,3% и 28,4%. У 139 (72%) больных размеры очаговых заболеваний превышали 10 см в диаметре, что является свидетельством позднего поступления больных в хирургический специализированный стационар.

#### **Цель**

Цель работы заключалась в разработке тактики выполнения оперативных вмешательств при обширных резекциях печени: правосторонней гемигепатэктомии.

#### **Результаты исследования**

При выполнении стандартной правосторонней гемигепатэктомии удаляется вся правая доля печени, состоящая из V, VI, VII, VIII сегментов печени (рисунок 1).

Техника выполнения нами правосторонней гемигепатэктомии воротным способом состояла из 5 этапов:

1. ревизия и мобилизация печени;
2. выделение методом препаровки области бифуркации и правых элементов глиссоновой триады портальных ворот;
3. выделение элементов кавальных ворот и дополнительных печеночных вен правой половины органа;
4. диссекция паренхимы печени по плоскости резекции;
5. достижение окончательного гемо-, холестаза резекционной поверхности культи печени и дренирование брюшной полости.

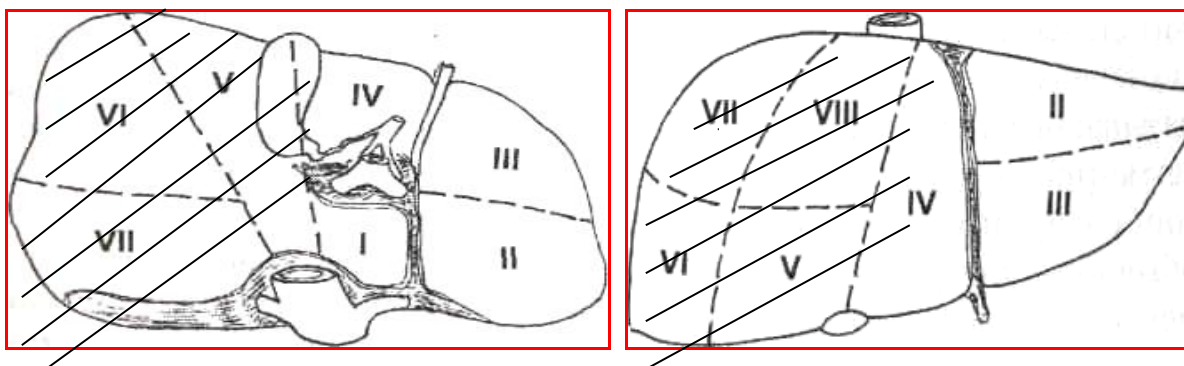


Рисунок 1 - Схема правосторонней гемигепатэктомии. Удаляется часть печени, помеченная штрихами: А) вид с **А** ральной поверхности, В) вид с ребер **В** поверхности

Ревизию печени осуществляли из верхне-срединного лапаротомного доступа. Визуально оценивали возможность выделения и лигирования правой ветви сосудисто-секреторной ножки ворот печени и объем непораженной доли печени. При отсутствии канцероматоза или объема поражения менее 70%-75% паренхимы выполняли расширение доступа по Черни. Проводили мобилизацию правой доли печени путем пересечения круглой и треугольной связок, рассечения серповидной и коронарной связок, разъединения париетальной брюшины от нижней поверхности печени. Бимануально с висцеральной и диафрагмальной поверхностями печени пальпировали элементы кавальных ворот и нижней полой вены, определяли степень вовлечения в процесс этих образований. Мобилизацию правой доли производили до нижней полой вены.

Печеночный отдел нижней полой вены обнажали путем рассечения париетальной брюшины снизу-вверх и осторожной препаровкой слабо выраженной клетчатки между задней поверхностью печени и диафрагмой. В процессе приближения к нижней полой вены с задней стороны производили мобилизацию печени от правого надпочечника, который в пяти случаях оказывался интимно вовлеченным в опухолевый процесс. Собственные надпочечниковые сосуды при этом удавалось сохранить. Окончательно визуально и бимануально оценивали возможность выполнения радикальной резекции печени и принимали решение о резектабельности патологического очага в печени и выборе оперативного объема в пользу правосторонней гемигепатэктомии.

Выделяли гепатодуоденальную связку и её элементы в толще друг от друга и от окружающих тканей. На резиновый турникет превентивно брали печеночно-двенадцатиперстную связку. Путем отдельной перевязки пузырной артерии и протока выполнялась стандартная холецистэктомия «от шейки». Выделялись сосудисто-секреторные элементы правой печеночной ножки. Препаровкой выделяли правую печеночную артерию. Её обнаружение по пульсации обычно не представляло особых трудностей. В подавляющем большинстве случаев выделить короткую правую ветвь воротной вены не представлялось возможным без предварительного выделения и перевязки печеночной артерии.

После разведения концов пересеченной правой ветви печеночной артерии, диссектором выделяли из рыхлой клетчатки правую ветвь воротной вены, максимально используя при этом дистальную культю артерии для препаровки. Сосудистым пинцетом натягивая и перемещая культю вверх, влево и вправо, предельно осторожно разделяли клетчатку позади и латеральнее артерии, выделяли вначале переднюю, а затем и боковые стенки правой ветви воротной вены. Осторожно сомкнутым диссектором стремились обойти правую воротную вену. Предельная осторожность возникала при прохождении за заднюю стенку вены. В этих случаях манипулировали инструментом так, чтобы всегда видеть кончик диссектора.

При низкой топографии очагового поражения в воротах, прорастании паразитарного узла или опухолевой ткани в правую ветвь воротной вены, печеночную артерию или желчный проток прецизионно производили фенестрацию печеночной или патологической ткани с целью изолированного выделения сосудов. Далее окончательно выделяли правую печеночную ножку, раздельно проводили пробное пережатие правой ветви воротной вены и печеночной артерии сосудистым зажимом или чаще всего зажимом Блэлока до вычерчивания на поверхности печени линии аноксемии.

Вновь возвращались к ретропеченочной части. Благодаря вышеописанной мобилизации правой доли при осторожной и правильной тракции правой доли книзу и медиально перед нами, как правило, выслеживались короткие печеночные вены, которые встречались у больных в количестве до 12, а в среднем 5-6 вен. С применением сосудистых ножниц и диссектора выполняли со всех сторон выделение, пересечение и перевязку или клиппирование (рисунок 2) коротких печеночной вены. В единичных случаях соскальзывания клипс или лигатур гемостаз с культы коротких печеночных вен достигали прошиванием монофиламентной нитью пролена № 4/0 или № 5/0.

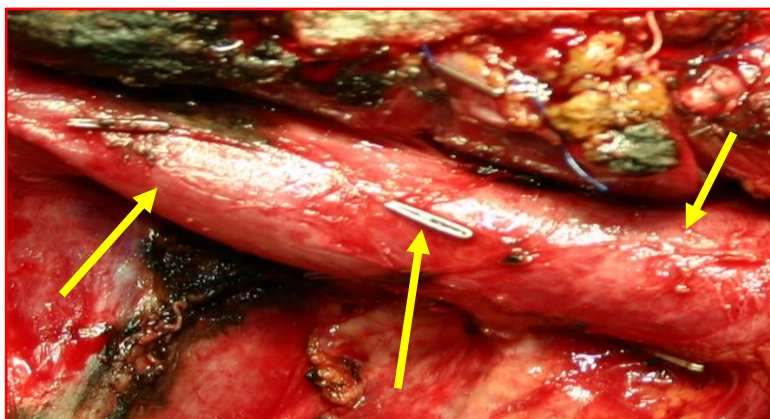


Рисунок 2 – Интраоперационная фотограмма - окончательный вид после клиппирования вен у места впадения в нижнюю полую вену. Наложенные танталовые клипсы (указаны стрелкой) на пересеченные короткие печеночные вены

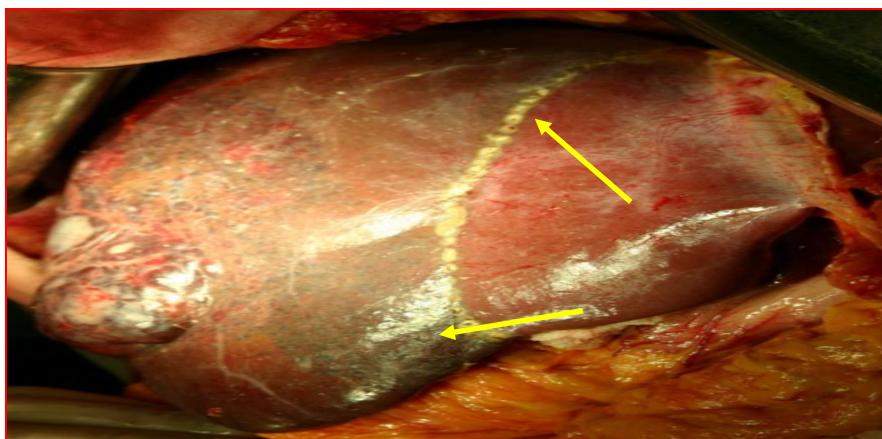
Правая печеночная вена впадает в нижнюю полую вену под очень острым углом. Поэтому, одним из главных условий при её мобилизации являлось сохранение стенки нижней полую вены. Печеночная вена выделялась у ретропеченочного отдела нижней полую вены осторожными движениями диссектора, при необходимости – в сочетании с ножницами, со стороны полую вены вверх для того, чтобы случайно кончиками диссектора не перфорировать стенку нижней полую вены. После обхода со всех сторон правой печеночной вены сосуд брали на резиновый турникет. При дальнейшей ревизии у значительного числа больных встречались добавочные средняя и нижняя правая печеночная вена, взятие которых на турникеты производилось по той же технологии, что и с правой веной. Печеночные вены последовательно, начиная с добавочных (при их наличии), пережимались сосудистыми зажимами Сатинского, пересекались и прошивались обвивными проленовыми (№4/0) швами дважды в направлении «туда-обратно». Культа печеночной вены на удаляемой части печени прошивалась в одном направлении. Таким образом достигалась полная эфферентная изоляция удаляемой части печени.

Следующим этапом приступали к диссекции паренхимы печени. Он далеко небезопасный в отношении травмирования с последующим профузным кровотечением из нижней полую вены, левой воротной и срединной вены. Выполнение данного, не менее важного по своей значимости



этапа, проводили двумя способами: «воротным» и «фиссуральным». После описанного выше выделения элементов глиссоновых ворот приступали к «воротному» способу рассечения паренхимы. Применяли рассечение паренхимы печени «воротным» способом как с пережатием, так и без наложения турникета на гепатодуоденальную связку. Кровопотеря во время разделения паренхимы, по данным многих хирургов составляет от 1 до 3 литров, а по некоторым источникам – до 4-6 литров крови [60, с. 42]. Однако, в последние годы благодаря наличию технического оснащения операционной и развитию резекционной технологии, интраоперационную кровопотерю удалось значительно снизить в среднем до 1000 мл и менее.

После пробного пережатия правой ветви воротной вены и печеночной артерии вычерчивалась электрокоагулятором латеральнее на 4-5 мм от линии Rex-Cantlie траектория разделения паренхимы на две доли (рисунок 3).



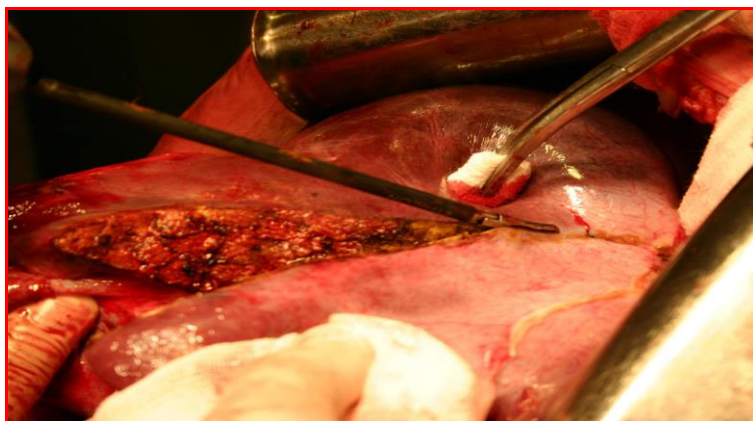
**Рисунок 3 – Интраоперационная фотограмма - линия Rex-Cantlie. Намеченная линия рассечения паренхимы (указана стрелками), разделяющая правую «полупечень» от левой**

Выполняли между зажимами пересечение и перевязку печеночной артерии и желчного протока нитью «фторэкс» № 4/0 или № 5/0. Портальную правую вену пересекали с образованием между ними «мостика» для того, чтобы лигатура на дистальной культе не соскользнула или не прорезалась. Ушивание проксимальной культы проводилось обвивными швами нитью «пролен» №3/0 или №4/0.

Правый желчный проток мы не стремились выделить отдельно и перевязать, так как его лигирование с прошиванием выполняли на этапе разделения паренхимы.

По намеченной линии рассекали последовательно и поэтапно капсулу Глиссона ультразвуковым скальпелем, начиная от переднего края печени (рисунок 4).





**Рисунок 4 – Интраоперационная фотограмма - применение ультразвукового гармонического скальпеля. Последовательное и поэтапное рассечение печени в каудальном направлении на две половины с помощью ультразвукового скальпеля**

До появления в нашей клинике современного оборудования диссекцию осуществляли тупым разделением паренхимы способом дигитоклазии указательным и большим пальцами, сомкнутыми сосудистыми ножницами или диссектором. Трубчатые структуры в плоскости резекции коагулировали, прошивали или лигировали. При этом пересекались и перевязывались поперечная ветвь средней печеночной вены от Sg V, VI и веточка от Sg VIII печени.

Для предотвращения кровотечения из остающейся доли печени на период разделения паренхимы применяли пережатие гепатодуоденальной связки при помощи предварительно наложенного турникета. Этот прием был обязателен при «фиссуральном» способе разделения паренхимы и выделения правой печеночной ножки.

На последнем этапе выполнения правосторонней гемигепатэктомии наружное дренирование общего желчного протока и пробу с метиленовой синькой не проводили. Перед завершением операции на поверхность остающейся части печени накладывали фибрин-коллагеновую субстанцию «Тахокомб» с целью достижения окончательного гемостаза. Пластины «Тахокомба» использовали у больных основной группы, однако не у всех пациентов. Из числа 62 обширной резекции печени фибрин-коллагеновую субстанцию применили у 42 (67,7%) больных. Среди 27 пациентов, перенесших правостороннюю гемигепатэктомию, указанную субстанцию прикладывали на резецированную поверхность культи печени у 16 (59,2%) больных.

Полость в правом поддиафрагмальном пространстве после удаления правой доли дренировали двумя широкопросветными (диаметром около 2 см) силиконовыми трубками. Гепатизацию в последние годы не выполняли, чтобы не деформировать и не лишать кровоснабжения оставшуюся левую долю печени. По цвету оставшейся левой доли убеждались в сохраненном ее кровоснабжении.

Затем следовала окончательная проверка на гемостаз, восстановление связочного аппарата оставшейся левой доли в последующем с послойным ушиванием раны.

#### **Клиническое наблюдение.**

*Пациентка Нурлыбекова Л, 38 лет, история болезни №2136 поступила 08.11.2014 в №7 городскую клиническую больницу г. Алматы в плановом порядке с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение, ощущение тяжести и умеренные боли в правом подреберье.*

Из анамнеза: считает себя больной в течение 5 лет, когда стали впервые беспокоить вышеперечисленные жалобы, которые в динамике интенсифицировались и приняли частый характер.

В 2000 г. произведено УЗИ: тканевое образование правой доли печени. Консультирована хирургом, от предложенной операции отказалась. По мере нарастания и интенсификации вышеперечисленных жалоб обратилась вновь в ННЦХ и госпитализирована.

Анамнез жизни, эпидемиологический анамнез без особенностей.

Объективно при поступлении: общее состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Пульс – 80 ударов в минуту. АД-100/70 мм.рт.ст. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 20 в минуту. ЭКГ – вертикальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий и умеренно болезненный в правом подреберье, где определяется увеличенная на 3-4 см правая доля печени, селезёнка не пальпируется.

ОАК: эритроциты -  $3,55 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 103 г/л, лейкоциты -  $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 7, палочкоядерные-5, сегментоядерные-36, лимфоциты-46, моноциты-11, СОЭ-28 мм/ч. ОАМ - без особенностей.

БАК: сахар - 5,4 ммоль/л, общий билирубин – 14,8 мкмоль/л, общий белок – 72 г/л, креатинин - 0,06 ммоль/л, АСТ - 0,14 ммоль/л, АЛТ - 0,29 ммоль/л, диастаза - 10,9 ммоль/л.

При поступлении проведено УЗИ: печень увеличена, выступает на 3,0 см ниже реберной дуги; правая доля - 10,1 см, левая – 7,4 см, ткань неоднородная. В проекции Sg VII-VIII определяется изоэхогенное образование округлой формы 10,5x10x7,6 см с четкими контурами, эхогенность по периферии повышена, в центре - снижена, образование аваскулярное, протоки печени не расширены. Заключение: УЗ-картина более характерна для альвеококкоза правой доли печени.

На серии КТ сканов органов брюшной полости в правой доле печени отмечается наличие округлого гиподенсивного образования с нечёткими контурами, размерами 10,4x10,4x9,5 см, плотность 45-46 Ед. Хаунсфильда, при внутривенном введении 20 мл омнипака накопление вещества на первой минуте и с отсрочкой нет. Левая доля печени увеличена.

Клинический диагноз: Альвеококкоз правой доли (Sg VI-VII-VIII) печени. Хронический гепатит, панкреатит.

После обследования 23.11.04 произведена лапаротомия по Черни. При ревизии печень увеличена в проекции Sg VI-VIII. На висцеральной поверхности сегментов определяется опухолевидное образование 10x12x10 см плотной консистенции с бугристой поверхностью, белесоватого цвета. При определении границ очаговое поражение прорастает Sg V на небольшом участке интимно связано с НПВ, мышечно-апоневротической частью диафрагмы, оттесняет правую почку вниз (рисунок 39).

Пересечены круглая, серповидная треугольная и коронарная связки. Выделена ГДС и взята на турникет, произведена мобилизация правой половины печени с отделением альвеококкового узла от диафрагмы и сосудисто-секреторной ножки правой почки, с которой был рыхло сращён на незначительном протяжении.

Образование острым и тупым путем выделено, выполнена холецистэктомия. Скрупулезной препаровкой выделены ворота печени, обнажена сосудисто-секреторная ножка правой доли печени. После контрольной пробы с пережатием и намеченной линией резекции правой доли печени правые желчный проток, артерия и портальная вена перевязаны и прошиты.

Правая доля печени мобилизована путем острого и тупого разъединения паразитарной ткани от париетальной брюшины, диафрагмы, паранефральной клетчатки. Выделены и лигированы пять дополнительных печеночных вен. При мобилизации и в процессе доступа к правой печеночной вене выявлено, что участок паразитарной ткани печени на протяжении 4-5 см интимно спаян с НПВ. Решено выполнить радикальную операцию без оставления

паразитарной ткани на стенке нижней полой вены, с краевой резекцией ее стенки. После пристеночного наложения зажимов Сатинского произведена резекция участка стенки НПВ вместе с паразитарной тканью правой доли печени. НПВ прошита на зажимах обвивными проленовыми швами двухрядно. Правая печеночная вена выделена диссектором, взята на сосудистые зажимы, пересечена и прошита в два ряда проленом №4/0.

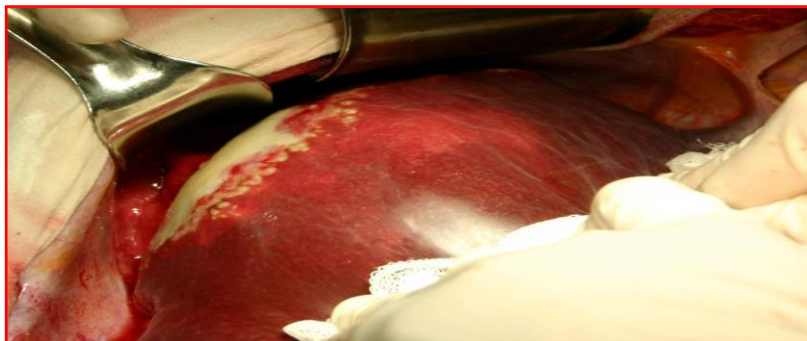


Рисунок 5 – Интраоперационная фотограмма печени. Паразитарный узел занимает Sg VII, VIII и частично Sg VI, V с вовлечением в процесс кавальных ворот печени

После определения границ резекции печени по линии аноксемии рассечена глиссонова капсула. Поэтапно путем дигитоклазии рассечена паренхима печени с клипированием и перевязкой внутрипечёчных протоков и сосудов. Выполнена стандартная ПГГЭ (рисунок 6). Выполнен окончательный гемо-, холестаз культи печени. На резецированную поверхность печени наложены пластины ТахоКомба. Дефект диафрагмы 10,0x6,0 см ушит узловыми капроновыми швами. Дренаживание ложа правой доли печени, правой плевральной полости по Бюлау, послойное ушивание раны.



Рисунок 6 – Фотограмма резецированной правой доли печени. Резецированные Sg V, VI, VII, VIII печени, пораженные альвеолярным эхинококкозом

Время пережатия ГДС составило 21 минуту. Общая интраоперационная кровопотеря – 520 мл. Длительность операции 190 минут.

Морфологическое заключение: альвеококкоз печени.

В послеоперационном периоде больная получала медикаментозную терапию: перелито 6 доз (1360 мл) свежзамороженной плазмы под контролем показателей свертываемости, альбумина 10%-200 мл под контролем показателей общего белка с альбуминовой фракцией.

Дважды проводилась пункция плевральной полости справа с аспирацией по 650 и 300 мл серозной жидкости.

Выписана через 26 дней, из них - после операции 18 койко-дней.

Правосторонней гемигепатэктомии была выполнена у 27 первой и 30 больных второй групп. Летальность при выполнении этой категории операций составили: один больной в основной и двое больных в контрольной группах.

#### **Выводы**

Таким образом, выполнение обширных резекций печени по поводу различных очаговых заболеваний печени возможно только в специализированных центрах хирургии печени, располагающих необходимым диагностическим и специальным операционным оборудованием, а также квалифицированным персоналом с опытом работы при операциях на печени. Для успешного выполнения гемигепатэктомий и расширенных гемигепатэктомий у пациентов с различными очаговыми заболеваниями печени необходимо использовать анатомический метод резекций и, в частности, «воротный» способ его исполнения, который предполагает предварительную перевязку глиссоновых элементов в порталных воротах.

#### **Литература**

1. Рудаков В.А. Очаговые поражения печени. Диагностика и лечение: дисс. докт. мед. наук. – Омск, 1995. – 366 с.
2. Jaeck D. et al. Surgical resection of HCC. Post-operative outcome and long-term results in Europe: an overview // Liver Trans. - 2004. – Vol. 10.2.supl.1. – P. 58-63.
3. Rudiger HA, Kang KJ, Sindram D, Riehle HM, Clavien PA. Comparison of ischemic preconditioning and intermittent and continuous inflow occlusion in the murine liver // Ann. Surg. 2002. – 235. – P. 400–407.
4. Вишнеvский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени (руководство для хирургов). – М., 2003. – 162 с.
5. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. - М.: Практическая медицина, 2005. – 312 с.
6. Альперович Б.И. (ред.) Хирургия печени и желчных путей. – Томск. 1997. – 607 с.
7. Вишнеvский В.А. и др. Пути улучшения результатов обширных резекций печени // Анн. хир. геп. – 2005. - Т.10, №1. – С. 12-17.

#### **Түйін**

##### **Сахипов М.М.**

#### **Қазақ-Ресей медицина университеті, Алматы қаласы, Қазақстан ОҢ ЖАҚТЫ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ ЖАСАУ БАРЫСЫНДА БАУЫРҒА КӨЛЕМДІ РЕЗЕКЦИЯМЕН ОПЕРАТИВТІК ІС-ӘРЕКЕТТЕР**

Бауырдың көлемді резекциясы кезінде оң жақты гемигепатэктомия жасаудың хирургиялық іс-әрекеті ұсынылған. Мұны тек қажетті диагностикалық және арнайы операциялық жабдықтары бар бауыр хирургиясының мамандандырылған орталықтарында, сондай-ақ бауыр операциялары бойынша тәжірибесі бар білікті мамандармен жүзеге асыруға болады. Гемигепатэктомияны сәтті орындау үшін анатомиялық резекция әдісін қолданған жөн.

**Кілт сөздер:** бауырдың ошақты зақымдануы, бауырдың көлемді резекциясы, гемигепатэктомия, хирургиялық тәсіл, бауырдың оң жақ шоғыры

## Summary

**Sakhipov M.M.**

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

### **TACTICS OF OPERATIVE INTERVENTIONS IN LARGE HEPATIC RESECTIONS: RIGHT-HANDED HEMIHEPATECTOMY**

The tactics of surgical interventions of right-sided hemihepatectomy with extensive liver resections is proposed. The implementation of which is possible only in specialized liver surgery centers that have the necessary diagnostic and special operating equipment, as well as qualified personnel with experience in liver operations. For successful right-sided hemihepatectomy, it is preferable to use the anatomical resection method, which involves preliminary dressing of the glisson elements in the portal gate.

**Key words:** focal liver damage, extensive liver resection, right-sided hemihepatectomy, surgery, right lobe of the liver

### **Сведение об авторе**

**Сахипов Муса Мендыбаевич**, д.м.н., доцент. и.о профессора кафедры «Хирургические болезни» Казахско-Российского медицинского университета. Заведующий отделением хирургии №7 городской клинической больницы г. Алматы. Эл. Адрес: Mendybaimusa@mail.ru

МРНТИ 76.29.47; 76.29.39

**Г.М. Еликбаев, М.М. Сахипов<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup>Казахско-Российский медицинский университет, Алматы, Республика Казахстан

## **ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

### **РЕЗЮМЕ**

Нами даны методы пренатального обследования плода с подозрением на врожденный порок развития центральной нервной системы в зависимости от срока беременности. Успехи современной перинатальной медицины в настоящее время позволяют изменить подход к некоторой группе врожденных пороков развития центральной нервной системы с учетом их возможной коррекции хирургическим вмешательством в раннем неонатальном периоде.

**Ключевые слова:** врожденный порок развития, центральная нервная система, плод, пренатальная диагностика, дефект развития нервной трубки, ультразвуковой скрининг.

### **Актуальность**

Ряд методов пренатальной диагностики используются как скринирующие, их следует применять ко всем беременным женщинам. К этим методам относятся: ультразвуковое исследование, определение альфа-фетопротеина, эстриола, хорионического гонадотропина и 17-гидроксипро-гестерона в сыворотке крови матери и определение кариотипа плода по клеткам хориона, плаценты, крови или амниотической жидкости у женщин старше 35 лет. Использование только этих трех технологий дает возможность снизить число рождений детей с наследственной и врожденной патологией приблизительно на 30% [1].

В Туркестанской области совершенствовано пренатальная диагностика с целью раннего выявления наследственных заболеваний и врожденных пороков развития. Это направление не является абсолютно новым, но представляет собой усовершенствованную схему обследования женщин в первый триместр беременности на предмет выявления врожденных пороков развития. В соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 марта 2006 года № 140 «О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей» была начата работа по организации мониторинга в Республике Казахстан. С этой целью на базе Областного перинатального центра № 1 г. Шымкента открыт медико-генетический центр.

### **Материалы и методы**

Нами проанализированы результаты клинического обследования и хирургического лечения 377 ребенка с различными пороками развития ЦНС, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии областной детской клинической больницы г. Шымкента и результаты пренатальной диагностики за 2012-2018 годы. Из 377 детей с ВПР ЦНС большую часть составили больные с гидроцефалиями (283 – 75,1%) и спинномозговыми грыжами (84 – 22,3%). Дети с дермальным синусом (6), черепно-мозговой грыжей (3) и липомой (1) встречались редко. Хирургическое лечение проведено у 228 детей с гидроцефалиями (81,6%), 52 (61,9%) больным со спинномозговыми грыжами и дермальным синусом (1), черепно-мозговой грыжей (1).

### **Результаты**

Эффективность пренатального исследования зависит от полноты охвата ими беременных женщин. При полном охвате частота дефектов нервной трубки может быть снижена на 85—90%. При ультразвуковых исследованиях срок выявления порока зависит от его характера. Так,

часть пороков можно выявить уже в конце I - начале II триместров беременности (анэнцефалия, голопрозэнцефалия, экзэнцефалия, омфалоцеле, гастрошизис и др.). Точность диагностики этих пороков развития во II—III триместре беременности приближается к 100%.

Все медицинские организации Туркестанской области оснащены ультразвуковой аппаратурой. Улучшилась выявляемость пороков развития плода: за 2011 год - 605 пороков (0,97%), за 2012 год - пороков - 960 пороков (1,4%) из числа обследованных женщин. Увеличилось количество прерываний беременностей пороков несовместимых с жизнью: за 2011 год - прервано 106 (71,1%), за 2012 год - прервано 140 (74%). За 2012 г. - 26574 консультировано, осмотрено на УЗИ – 69940 [2].

Эхография представляет ценный метод, использование которого в подавляющем большинстве случаев позволяет диагностировать порок развития плода, и, основываясь на полученных данных, решить вопрос о сохранении или прерывании беременности, а также о выборе наиболее рационального способа коррекции выявленной патологии. Использование современной аппаратуры позволяет установить беременность уже в 4,5 недели, считая от первого дня последней менструации. В этот период диагностика беременности основывается на выявлении плодного яйца. В 5—5,5 недель в большинстве случаев удается получить изображение эмбриона, в этот же период оказывается возможным установить его сердечную деятельность.

В 9 недель начинает выявляться голова плода как отдельное анатомическое образование. В этот же период впервые появляются движения плода, а в 10 недель начинают визуализироваться его конечности.

Для предупреждения появления в семье детей с наследственной патологией, большое значение имеет медико-генетическое консультирование с широкой пренатальной диагностикой наследственных дефектов развития плода. Успехи в ранней диагностике дефектов развития нервной трубки связаны с внедрением в практику биохимических методик, изучение биотрансформации тератогенных биологических активных веществ (исследование содержания  $\alpha$ -фетопротеина и ацетилхолинэстеразы в сыворотке крови матери и околоплодных водах), способов примененных для интраскопии плода (ультразвуковой, магнитно-ядерный). Основное значение в снижении частоты врожденных пороков развития ЦНС принадлежит предупредительным мероприятиям. Женщины, вынашивающие ребенка с дефектом нервной трубки, имеют очень высокий уровень  $\alpha$ -фетопротеина в плазме крови, амниотической жидкости. Оптимальным для диагностики аномалий развития плода следует считать трехразовый эхографический скрининг. В Казахстане его рекомендуют осуществлять в 12-14, 21-24 и 32-34 недели беременности [3, 1, 4].

При этом оптимальная информация может быть получена на втором этапе эхографического скрининга, так как в этот период удается выявить большинство аномалий развития плода, и в то же время еще не упущен момент для прерывания беременности. Согласно данным В.И. Кулакова, Ю.И. Барашнева (2006), полная оценка состояния плода в 22—23 недели оказывается возможной в 88,8% случаев. Основными причинами ошибочных результатов пороков развития плода по данным авторов являются:

- недостаточная квалификация врача;
- неоптимальные сроки проведения исследования;
- несовершенная ультразвуковая аппаратура;
- не оптимальные для исследования положения плода;
- повышенное развитие подкожно-жировой клетчатки у женщины, выраженное мало- и многоводие.

Основными задачами врача ультразвуковой диагностики являются следующие:

- 1) определение характера порока;
- 2) установление сопутствующей патологии;
- 3) решение вопроса о сохранении или прерывании беременности;

- 4) выяснение возможности хирургической коррекции порока;
- 5) выбор оптимального времени и способа родоразрешения [1].

Важное практическое значение имеет знание тех сроков, при которых выявляются наиболее часто встречающиеся пороки развития плода.

Проведение эхографического скрининга в I триместре беременности позволяет выявить только около 2-3% аномалий развития плода. В данную группу, как правило, входят грубые пороки развития. Это анэнцефалия, акрания, иниоэнцефалия, экзэнцефалия, гастрошизис, омфалоцеле, акардия аморфного плода, эктопия сердца, неразделившаяся двойня, полная предсердно-желудочковая блокада, кистозная лимфангиома шеи. Так как обычно диагностируемые в этот период пороки несовместимы с внутриутробной жизнью, то в большинстве случаев производится прерывание беременности.

При ультразвуковом скрининге во II триместре удается выявить большинство пороков развития, проявляющихся нарушением анатомического строения отдельных органов и систем плода. В эти сроки при проведении эхографии удается идентифицировать 60—70% всех аномалий развития плода. В этот же период производится большинство генетических исследований и решается вопрос о сохранении и прерывании беременности, пока масса плода не превышает 500 г.

В III триместре выявляется 80—90% аномалий развития плода.

Чрезвычайно важным является вопрос о выборе рациональной тактики ведения беременности, оптимальном способе родоразрешения и дальнейшей тактике лечения плодов и новорожденных с учетом характера выявленной патологии. Постгеморрагическая гидроцефалия, новообразования ЦНС, менингоцеле спинного мозга являются патологиями требующий госпитализации в хирургическое отделение в периоде новорожденности. Анэнцефалия, голопрозэнцефалия, критическая гидроцефалия, экзэнцефалия, больших размеров черепно- и спинномозговые грыжи являются патологиями требующие прерывания беременности [5,1, 6]. По мнению авторов динамичное снижение показателей перинатальной смертности сопровождается неуклонным ростом числа врожденных пороков развития, несовместимых с жизнью (от 15 до 39%). Среди них наиболее часто встречались: пороки развития ЦНС (45,8%), пороки развития сердечно-сосудистой системы (25%), смешанные пороки (29,2%).

Из 100% детей, родившихся с врожденными пороками развития, приблизительно 50% остаются в живых, а 50% погибают в первые часы и дни жизни. Среди выживших детей очень высок удельный вес хронических патологических состояний, приводящих к инвалидности с детства и требующих долготелней медико-социальной помощи. Очень важным обстоятельством является то, что 40—50% детей с пороками развития может быть сохранена жизнь и здоровье при своевременной хирургической коррекции [1, 7, 8].

Таким образом, правильное планирование семьи, диспансерное наблюдение за роженицами на всех этапах беременности, диспансеризация новорожденных с использованием УЗИ и других методов интроскопии позволяет своевременно выявить уродство и уточнить популяционные коэффициенты этого порока развития. При тяжелых и комбинированных врожденных пороках развития плода требуется прерывание беременности с последующим патологоанатомическим исследованием его, верификацией диагноза и выявлением причинно-следственных связей, приведших к патологии. Успехи современной перинатальной медицины в настоящее время позволяют изменить подход к некоторой группе врожденных пороков развития центральной нервной системы с учетом их возможной коррекции хирургическим вмешательством в раннем неонатальном периоде.



## Литература

1. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска//М.:ГЭОТАР-Медиа-2006.- 528с.
2. Исмаилов Ж.К. Педиатрический вектор модернизации здравоохранения Южно-Казахстанской области //Научно-практический семинар с международным участием «Региональная педиатрическая служба – приоритеты, инновации и перспективы». – 2012. – С. 9-16
3. Хачатрян В.А., Орлов Ю.А., Осипов И.Б. Еликбаев Г.М. Спинальные дизрафии: нейрохирургические и нейроурологические аспекты. СПб., «Десятка». 2009; –304 с.
4. Еликбаев Г.М. Результаты исследования по распространенности и клиническим проявлениям врожденных пороков развития центральной нервной системы//научно-практический журнал «Вестник МКТУ им А. Яссави» №2 (82). – 2013. -С. 109-113
5. Зозуля, Ю. А., Орлов Ю. А. Пороки развития позвоночника и спинного мозга // Украинская медицинская газета. – 2003. – № 16. – С. 7-13.
6. 55 Еликбаев Г.М. с соавт. Патоморфологические особенности у детей с сочетанными врожденными пороками развития ЦНС //Материалы I-го Международного съезда нейрохирургов Узбекистана, - 2014г., С.19.
7. Полуниин В.С., Нестеренко Е.Н., Попов В.В. Медико-социальные факторы риска возникновения пороков развития спинного мозга //Российский медицинский журнал. - 2006.- № 1. - С. 3-6.
8. Еликбаев Г.М., Тутеева А.А Основные причины смертности недоношенных новорожденных детей // Педиатрия и детская хирургия. - 2015. №4 (82) - С. 63-66.

## Түйін

Елікбаев Г.М., Сахипов М.М<sup>1</sup>

Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

<sup>1</sup>Қазақ-Ресей медицина университеті, Алматы қаласы, Қазақстан

## ОРТАЛЫҚ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ТУА БІТКЕН ДАМУ АҚАУЛАРЫНЫҢ ПРЕНАТАЛЬДЫ ДИАГНОЗЫ

Біз жүктіліктің мерзіміне байланысты, орталық жүйке жүйесінің туа біткен даму ақаула-рына күдіктенген ұрыққа пренатальды зерттеу әдістерін жасау қажеттігі айтылды. Қазіргі заман-ғы перинаталды медицинаның жетістіктері орталық жүйке жүйесінің туа біткен даму ақаулары-ның белгілі бір тобына ерте неонатальды кезеңде хирургиялық операцияларды жасау арқылы түзетілуін ескере отырып, көзқарасты өзгертуге мүмкіндік береді.

**Кілт сөздер:** туа біткен даму ақаулары, орталық жүйке жүйесі, ұрық, перенатальды диагнос-тика, нерв түтігінің даму ақауы, ультрадыбыстық скрининг

## Summary

G.M. Elikbaev, M.M. Sakhipov<sup>1</sup>

International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi

<sup>1</sup>Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

## PRENATAL DIAGNOSIS OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

We have given methods of prenatal examination of the fetus with suspected congenital malformation of the central nervous system depending on the duration of pregnancy. The successes of modern perinatal medicine currently allow us to change the approach to a certain group of congenital malformations of the central nervous system, taking into account their possible correction by surgical intervention in the early neonatal period.

**Key words:** congenital malformation, central nervous system, fetus, prenatal diagnosis, neural tube developmental defect, ultrasound screening

#### Сведение об авторах

**Еликбаев Галимжан Мамырбекович** - доктор медицинских наук, профессор. Профессор кафедры «Хирургия, анестезиология-реанимация» Международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Ясави. Тел.: 87012647578, Эл. Адрес: [galimjan-doc@mail.ru](mailto:galimjan-doc@mail.ru)

**Сахипов Муса Мендыбаевич**, д.м.н., доцент. и.о профессора кафедры «Хирургические болезни» Казахско-Российского медицинского университета. Заведующий отделением хирургии №7 городской клинической больницы г. Алматы. Эл. Адрес: [Mendybaimusa@mail.ru](mailto:Mendybaimusa@mail.ru)

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

МРНТИ 76.29.48.

**Кұрманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А.,  
Рысбекова Н.М.**

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

### **МИКРОФЛОРА БИОТОПА КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ: КОНЦЕПЦИЯ ПОСТОЯННОЙ И ТРАНЗИТНОЙ ФЛОРЫ (Литературный обзор)**

#### **Резюме**

В статье как литературный обзор были рассмотрены результаты научных исследований микрофлоры биотопа кожи новорожденных, а именно концепцию постоянной и транзитной флоры, физиолого-химические особенности флора кожи новорожденных. Также отдельно были изучены особенности транзитной и постоянной микрофлоры кожи новорожденных. Считается, что постоянная бактериальная флора кожи обычно состоит из коагулазонегативных микрококков и коринеформных бактерий, но даже штаммы *S.aureus*, *Pseudomonas* и *Trichophyton*, вероятно, могут быть постоянными и размножающимися. Состояние кожи с возрастом изменяется. В течение первых нескольких дней после рождения кожа покрыта жировой смазкой, *vernix caseosa*, которая довольно быстро исчезает. В некоторых отношениях её состав напоминает сальный секрет. Наиболее обильным является на спине, в складках под мышками и в зоне половых органов. Наиболее высокие значения pH кожи наблюдаются именно при рождении, и обычно оно выше 6 и даже достигают 7.

**Ключевые слова:** *S.aureus*, *Pseudomonas* и *Trichophyton*, транзитная, резидентная, кориноформная бактерия, микрококки, стрептококки.

При исследовании бактерий, полученных в смывах с кожи кистей рук и предплечий, P.V.Pric [1] выдвинул концепцию, которая оказалась одновременно и полезной и непоследовательной. Он писал: «Бактерии кожи представлены двумя основными разновидностями – «транзитными» и «резидентными». Транзитные относительно редко встречаются на чистой, не подвергавшейся загрязнению коже. Поскольку эти бактерии поступают на кожу из внешних источников, то вариации их безграничны, это патогенные и непатогенные микроорганизмы... Они либо свободно лежат на поверхности кожи, либо связаны сальным секретом и другими жирами, имеющимися в составе загрязнений.

Резидентная флора значительно отличается от транзитной. Это относительно стабильная «популяция» как по численности, так и по составу... Её рост происходит в основном благодаря размножению имеющихся микроорганизмов, и только в небольшой степени за счёт поступления новых из окружающей среды. Снижение же численности происходит в результате трения, смывания, гибели бактерий и т.д. Состав и численность флоры в любое время является результатом воздействия этих разнообразных факторов».

Считается, что постоянная бактериальная флора кожи обычно состоит из коагулазонегативных микрококков и коринеформных бактерий, но даже штаммы *S.aureus*, *Pseudomonas* и *Trichophyton*, вероятно, могут быть постоянными и размножающимися [2,3,4,5]. Представляется возможным выделить три категории микробов кожи: транзитные – микроорганизмы, попадающие на кожу в результате контаминации и не размножающиеся на ней; временные резиденты – попадающие на кожу в результате загрязнения, размножающиеся и находящиеся на коже в течение короткого периода; постоянные или резидентные – обитающие на коже. Современные данные относительно флоры кожи не позволяют утверждать, что

существуют «резидентные» микроорганизмы в полном смысле этого слова. Известно, что популяция кишечных бактерий, обитающая в кишечнике людей, находится в состоянии постоянного изменения, при этом меняется только часть её компонентов, а некоторые остаются стабильными в течение ряда недель. Это справедливо и в отношении микробов кожи.

При одиннадцатимесячном наблюдении за шестью мужчинами и двумя женщинами R.F.Smith (1970) [6] отметил, что соотношение количества кокков и коринеформных бактерий оставалось постоянным в течение этого периода, несмотря на то, что за период наблюдений назначались короткие курсы терапии антибиотиками. Автор высказал предположение, что поскольку внешние факторы оказывают незначительное влияние на относительный состав флоры, то сбалансированность её состава отражает какую-то внутреннюю физиологическую активность кожи, либо самих микроорганизмов. Другие исследователи, например R.R.Marples и соавт. [7], отмечают, что некоторые антибиотики оказывают значительное влияние на состав микрофлоры кожи.

При обследовании поликлинических больных L.Roodyn [8] установлено, что больные могут иметь заболевания кожи, вызываемые одним и тем же фаготипом *Staphylococcus* в течение от 4 до 7 лет, и в то же время оставаться носителями этого штамма в носу. Вследствие этого в семьях развивается носительство, а это в свою очередь усиливает носительство у отдельных лиц [8].

Имеются и другие примеры длительного носительства специфических микроорганизмов, например, различных видов *Trichophyton*. Кожные поражения, вызванные действием кислотоустойчивых бактерий, могут оставаться в течение многих лет. У.К.Нобл и соавт. была изучена в течение 6-месячного периода нормальная микрофлора 5 различных участков кожи [9].

Применяя влажные тампоны, образцы исследуемого материала отбирали с поверхности кожи носа, грудной клетки, промежности, подмышечных ямок и лба у одной взрослой женщины и одного мужчины. Регистрировались все выявленные микроорганизмы. Микрококки и стафилококки идентифицированы в соответствии со схемой Baird-Parker [10], а коринеформные бактерии по схеме D.A.Somerville [11]. Другие микроорганизмы были идентифицированы как спорообразующие аэробы, *Mimeae*, «колиформы», *Neisseria* или стрептококки.

Основные представители кокков и коринеформных бактерий были постоянными, а других групп – вариабельными. В период проведения исследований одному из больных был назначен курс лечения антибиотиками (триметоприм+сульфонамид). Это привело к изменению флоры носа, при этом один штамм коринеформных бактерий полностью исчез и был «вытеснен» кокками. Определяемых изменений микрофлоры на других участках тела отмечено не было. Очевидно, что ситуация на коже сходна с тем, что происходит в кишечнике; некоторые штаммы являются постоянными обитателями кожи, другие полупостоянными или транзитными.

Предпринимались попытки различать резидентную и транзитную микрофлору на количественной основе. W.C.Noble [11] рассматривал 6 или более колоний *S.aureus* на чашках с агаром, куда были посеяны исследуемые мазки в качестве показателя резидентного носительства, а 5 и менее – как транзитного.

На этой основе при обследовании 378 здоровых взрослых было установлено, что резидентные *S.aureus* выделяются в основном из носа, паховых складок и щёк, а транзитные *S.aureus* с других участков тела. При отсутствии других методов оценки постоянства носительства применявшийся метод даёт приемлемые результаты. Термин «транзитный» обозначает контаминационную, непродуцирующуюся микрофлору, а термин «резидентный» отражает понятие, что микроорганизм репродуцируется на коже в обычных условиях, даже временно.. D.A.Somerville-Millar, W.C Noble [9] рассматривают штаммы, присутствующие на коже в течение 25% времени, затрачиваемого на исследование как транзитные, а находящиеся на коже в течение более 75% как резидентные. Занимающие промежуточное положение обозначаются как временные резиденты. C.A.Evans и K.L.Mattern [11] при изучении

дезинфекции локтевых сгибов предложили заменить термины «резидентный» и «транзитный» терминами «незащищённые» и «защищённые». Микроорганизмы, однако, могут быть защищёнными, потому что они находятся в довольно больших микроколониях. R.J.Holt [12] при изучении микрофлоры кожи методом «соскобов» показал, что флора кожи состоит из микроколоний численностью до  $10^5$  клеток на колонию, а работа W.C.Noble [13] по изучению биопсии поверхности кожи и исследования S.A.Malcolm, T.C.Hughes [14] подтвердили наличие различных микроколоний, видимых в световом микроскопе и при сканирующей электронной микроскопии.

**Физиолого-химические особенности кожи новорожденных.** Нормальная кожа имеет кислую рН. Этот фактор в прошлом исследователи обозначали как «кислую мантию», предполагая, что она обладает защитной функцией. При рождении рН кожи имеет практически нейтральное значение из-за присутствия казеозной смазки, а уже на третий день они снижаются на одну единицу [15]. Ко второй – четвёртой неделям жизни значения рН снижаются ещё на 0,5 ед. (до 5,5) и остаются таковыми примерно в течение всей жизни.

Состояние кожи с возрастом изменяется [2]. В течение первых нескольких дней после рождения кожа покрыта жировой смазкой, *vernix caseosa*, которая довольно быстро исчезает. В некоторых отношениях её состав напоминает сальный секрет. Наиболее обильным является на спине, в складках под мышками и в зоне половых органов. Наиболее высокие значения рН кожи наблюдаются именно при рождении, и обычно оно выше 6 и даже достигают 7. При исчезновении казеозной смазки значения рН снижаются до обычных - от 5 до 6.

При изучении жирных кислот в жировой смазке новорожденных в сравнении с их содержанием в коже взрослых N.Nicolaidis и соавт. [16] обнаружили, что содержание ненасыщенных жирных кислот восковых эфиров одинаково, а стероловых жирных кислот заметно различалось. В жировой смазке новорожденных содержится 65% ненасыщенных стероловых эфиров, а у взрослых только 38%.

P.Ramasastry и соавт. (1970) [17,18] исследовали состав секрета сальных желез на лбу у людей в возрасте от 5 дней до 15 лет и сравнили их с результатами, полученными ранее на взрослых. Значимой разницы в уровне триглицеридов или свободных жирных кислот выявлено не было. Концентрация сквалена варьировала значительно, уровень восковых эфиров также заметно изменялся. При этом он был высоким при рождении, снижался в возрасте 3 и 6 лет, возрастая к 9 годам до значений, характерных для взрослых.

## Литература

1. Price P.V. The bacteriology of normal skin: A new quantitative test applied to a study of bacterial flora and the disinfectant action of mechanical cleansing. – *Journal of Infectious Diseases*, 2018, 63, 3017
2. Нобл У.К. Микробиология кожи человека: Пер. с англ. - М., Медицина, 1986. – 496 с.
3. Skin and post-surgical wound infections due to *Staphylococcus lugdunensis* /Vandesesch F., Eykyn S.J., Etienne J. and Lemozy J. - *Clin.microbiol, infect.* – 2015. – V. 1. - P.73-74.
4. Viral infections in Obstetrics and Gyneecology / Edited by D.J. Jeffiies and C.N. Hudson. 2000. 335 p.
5. Webster J., Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2006).- 2, CD004985 ;
6. Smith R.F. Comparative enumeration of lipophilic and non-lipophilic cytaneuos diphtheroids and cocci. – *Applied Microbiology*, 2016, 19, 254
7. Marples R.R., Fulton J.E., Leyden J., McGinley K.J. Effect of antibiotics on the nasal flora in acne patients. – *Archives of Dermatology*, 2019, 99, 647
8. Kloss W.E., Bannerman T.Z. *Staphylococcus and Micrococcus* //Manual of Microbiology, 7 ed, - 2017- P.264-283.
9. Somerville-Millar D.A., Noble W.C. Resident and transient bacteria of the skin.//*Journal of Cutaneous Pathology*, 2014, 1, 260

10. Baird-Parker A.C. A classification of micrococci and staphylococci based on physiological and biochemical tests. – Journal of General Microbiology, 2013, 30, 409
11. Noble W.C. Skin carriage of the Micrococcaceae. Journal of Clinical Pathology, 2018, 22, 249
12. Somerville-Millar D.A., Noble W.C. Resident and transient bacteria of the skin//Journal of Cutaneous Pathology, 2014, 1, 260
13. Holt R.J. Aerobic bacterial counts on human skin after bathing//Journal of Medical Microbiology, 2011-4, 319
14. Noble W.C. Skin as a microhabitat.//Postgraduate Medical Journal, 2015, 51, 151
15. Malcolm S.A., Hughes T.C/ The demonstration of bacteria and on within the stratum corneum using scanning electron microscopy. //British Journal of Dermatology, 2018, 102, 267
16. Nicolaides N., Fu H.C., Ansari M.N., Rice G.R. The fatty acids of wax esters and sterol esters from vernix caseosa and from human skin surface lipid. Lipids, 2012, 7, 506
17. Ramasastry P. et al., Chemical composition of human skin surface lipid from birth to puberty.//Journal of Investigative Dermatology, 2017, 54, 139
18. Nachman R.L., Esterly N.B. Increased skin permeability in preterm infants.//Journal of Pediatrics, 2017-79, 628

### Түйін

**Курманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А., Рысбекова Н.М.**  
Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

### **НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ТЕРІ БИОТОПЫ МИКРОФЛОРАСЫ: ТҰРАҚТЫ ЖӘНЕ ТРАНЗИТ ФЛОРАЛАРДЫҢ КОНЦЕПСИЯСЫ (Әдебиетке шолу)**

Мақалада әдебиетке шолу ретінде ғалымдардың зерттеу нәтижесі бойынша, нәрестелердің тері биотопындағы тұрақты және ауыспалы флораларға толықтай сипатталған. Нәрестелердің тері флорасына физиологиялық және химиялық тұрғыдан ерекшеліктеріне сипаттама берілген. Мақалада транзитор және тұрақты микроорганизмдердің бір бірінен айырмашылығы нақты көрсетілген. Ғылыми деректерге сүйенсек терінің тұрақты бактериялары коагулазонегативті микрококктармен және коринеформ бактерияларынан тұрады. *S.aureus* штаммы, *Pseudomonas* и *Trichophyton*, тұрақты көбейетін терідегі микрофлора екендігі нақты дәлелденген. Тері жасқа қарай қарай өзгеріп отырады. Туылғаннан кейінгі бірнеше күнде тері майлы жабындымен жабылып *vernix caseosa* тез арада жойылады. Ең жоғары рН туылған кезде байқалады 6-7.

**Кілт сөздер:** *S.aureus*, *Pseudomonas* и *Trichophyton*, транзиторлық, резидент, кориноформды бактерия, микрококк, стрептококк.

### Summary

**Kurmanbekova Sh.Zh., Dzhakupova Zh.E., Kadyrbayeva B.Sh., Abdramanova A.A., Rysbekova N.M**

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

### **MICROFLORA OF SKIN'S BIOTOPE OF NEWBORN: CONCEPTION OF CONSTANT AND TRANZITIVE FLORA ( Literature overview)**

In the article, as a literary review, it was considered the results of a scientific study of the microflora of the biotope of the skin of newborns, specifically the concept of a constant and transient flora, physiological and chemical characteristics of the flora of the skin of newborns. Separately it was investigated the features of transient and constant microflora of the skin of newborns. It is common knowledge, the constant bacterial flora of the skin consists of coagulase-negative micrococci and

coryneform bacteria, but even *S.aureus*, *Pseudomonas* and *Trichophyton* strains are probably to be constant and multiply. Skin condition changes with age during the first few days after birth, the skin is coated with grease, vernix caseosa, which quickly disappears. In some respects, its composition resembles a greasy secret. The most abundant is on the back, in the folds under the armpits and in the genital area. The highest pH values of the skin are observed precisely at birth, and usually it is above 6 and even reach 7.

**Key words:** *S.aureus*, *Pseudomonas*, *Trichophyton*, transient, resident, coryneform bacteria, micrococci, streptococci.

**Сведения об авторах:**

1. Курманбекова Шырынкул Жумашовна - старший преподаватель, кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [shirin.akadem@mail.ru](mailto:shirin.akadem@mail.ru)

2. Джакупова Жанат Ериковна - старший преподаватель, кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан э/адрес: [zhanna.dzhakupova@inbox.ru](mailto:zhanna.dzhakupova@inbox.ru)

3. Кадырбаева Бану Шамбиловна - преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [banu.kadyrbayeva@gmail.com](mailto:banu.kadyrbayeva@gmail.com)

4. Абдраманова Айгерим Асылхановна – старший преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [aigera\\_0@mail.ru](mailto:aigera_0@mail.ru)

5. Рысбекова Нурила Мылтыкбаевна - преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [dr.metiska@mail.ru](mailto:dr.metiska@mail.ru)

МРНТИ 762957

**Кұрманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А.,  
Рысбекова Н.М.**

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

### **КОЛОНИЗАЦИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ (Литературный обзор)**

#### **Резюме**

В данной статье дается литературный обзор колонизации новорожденных: мнения различных ученых по вопросам колонизации кожи детей после рождения и анализ их исследований по данной теме. В одном из исследований были применены небольшие контактные пластинки и обследованы пять зон кожи: голова, зона лопаток, подмышечные ямки, зона в районе пупка и паховые складки. По результатам данного исследования было установлено, что микрофлора состояла из стафилококков, коринебактерий, энтеробактерий и стрептококков, *S.epidermidis*, носительство *Pseudomonas aeruginosa*. Вышеуказанные виды бактерий, в том числе *S.aureus*, чаще выявлялись у преждевременно родившихся новорожденных, в то время как негемолитические стрептококки встречались реже, чем у родившихся своевременно. Доминирующими микроорганизмами на всех участках кожи являются коагулазоотрицательные кокки.

**Ключевые слова:** стафилококки, коринебактерий, энтеробактерий, колонизация.

Жироподобная смазка новорожденных не обладает антибактериальными свойствами. Стафилококки, а также, вероятно, *E.coli* при наличии этой смазки в условиях *in vitro* способны длительно персистировать. Вместе с тем в условиях *in vivo* отмечается, что у детей, рожденных с необычно малым количеством жировой смазки, численность бактерий больше, чем у детей с большим количеством смазки. В свою очередь у последних наблюдается более медленная колонизация микроорганизмами [1]. Даже в течение первых нескольких дней жизни у некоторых детей наблюдается лишь незначительная бактериальная популяция, а у других многочисленная, и эта тенденция сохраняется в течение определённого периода.

Мнения различных исследователей по вопросам колонизации кожи детей после рождения различаются. Sarkany и Gaylarde [цит. по 1] установили, что кожа детей при рождении не обязательно является стерильной. Авторы исследовали различные участки тела по мере их появления во время родов.

Для отбора материала применяли небольшие контактные пластинки и обследовали пять зон кожи: голову, зону лопаток, подмышечные ямки, зону в районе пупка и паховые складки. Было установлено, что микрофлора состояла из стафилококков, коринебактерий, энтеробактерий и стрептококков. Стафилококки имелись у всех новорожденных, коринебактерии в небольших количествах обнаруживали у 60%. Различий в составе микрофлоры у представителей различных расовых и половых групп не выявлено. Кожа детей, рождённых с применением кесарева сечения, была стерильной в 4 из 5 случаев. В одном случае выявлено небольшое количество стафилококков – *S.epidermidis*. При рождении коринебактерии имеются лишь в небольшом числе, и требуется несколько часов, чтобы они размножились в значительных количествах, в то время как микрококки обнаруживаются сразу в больших количествах. Колонизация ими происходит при прохождении плода через материнские родовые пути.

В отличие от этого [2] установлено, что микроорганизмы на коже у новорожденных, обследованных в первые 2,5 часа после рождения, обнаруживаются только у половины, и в носу также у 50%. Вызывает удивление, что *Bacillus subtilis* выявляют в относительно больших



количествах в различных местах у 13-20% новорожденных. Данные микроорганизмы D.A.Somerville[3] выявляла в небольших количествах у небольшого числа новорожденных, а Sarkany и Gaylarde [цит. по 1] их не обнаруживали вовсе. С.А.Evans и соавт. [2] полагают, что родовые пути играют крайне незначительную роль в колонизации бактериями кожи новорожденных и дыхательных путей. Hurst [цит. по 1] придерживался мнения, что микробная колонизация новорожденных происходит немедленно после рождения в результате заноса с тела матери и от окружающих людей, и основные её представители заселяют кожу в течение первых нескольких недель жизни. По данным С.А.Evans и соавт. [2], различий в составе микрофлоры у своевременно родившихся и у новорожденных с низкой массой тела при рождении не выявлено.

С.А.Evans [2] установлено, что в первые три дня после рождения уровень носительства всех микроорганизмов в носу и культе пупка увеличивается. Так, если при обследовании в 1-ый день после рождения у 85% своевременно родившихся и 80% преждевременно родившихся детей на слизистой оболочке носа не был выявлен рост микроорганизмов, то через 3 дня эти показатели составляли 39 и 41% соответственно. Наиболее часто выделяемым микроорганизмом является *S.epidermidis*. Следующими по численности были негемолитические стрептококки, которые более часто выделяли у новорожденных, родившихся в срок. Пупочная рана колонизировалась микроорганизмами более быстро, чем глубокие части носовых ходов. Разницы в интенсивности колонизации и в составе микроорганизмов у представителей различных полов не выявлено. Носительство *Pseudomonas aeruginosa* более часто выявляли у преждевременно родившихся новорожденных, у них же более часто выделяли и *S.aureus*, а негемолитических стрептококков реже, чем у родившихся своевременно. Коринебактерий у новорожденных не обнаруживали.

На коже новорожденных, вероятно, могут укореняться не все микроорганизмы. Long и Svenson (1976) [цит. по 1] установлено, что стрептококки могут укореняться у новорожденных, если обладают достаточной способностью прилипать к клеткам слизистых оболочек. Микроорганизмы, которые в последующем не составляют часть микрофлоры, не способны прилипать к клеткам слизистых оболочек у новорожденных одного дня жизни [4,5]. Доминирующими микроорганизмами на всех участках кожи являются коагулазоотрицательные кокки [6,7,8,9,10]. Другие микроорганизмы обнаруживаются в различных местах тела [11,12,13]. Вызывает удивление, что, несмотря на достаточно частые находки энтеробактерий в районе прямой кишки в возрасте от 4 до 7 дней, встречаемость их на поверхности кожи относительно редкая, при этом она выше у преждевременно родившихся детей, вероятно, вследствие более высокой температуры и влажности в среде, окружающей таких детей. Стрептококков и коринебактерий также выявляют на коже, хотя и менее часто, чем кокков. R.R.Marples (1970) [14] постоянно выделяла *M.luteus* у 5 из 8 детей при повторных обследованиях.

У небольшой части популяции обследованных детей выявляли также потенциально патогенные микроорганизмы. Колонизация кожи золотистым стафилококком происходит раньше, чем развитие носительства на слизистой оболочке носа, хотя Sarkany и Gaylarde (1967)[цит. по 1] не нашли доказательства колонизации кожи при взятии образцов материала из подмышечных ямок, пупка и паховых складок. У новорожденных, родившихся в срок и преждевременно родившихся заселённость *C. albicans* кожи составила 8 и 18% соответственно [11,13]. Эндогенная инфекция развивается при распространении микроорганизмов из пищеварительного тракта, где их выявляют у 20% обследованных. Многие исследователи считают, что в данной возрастной группе наличие *C. albicans* на коже означает наличие патологического процесса. При потнице у детей самого раннего возраста часто выделяют *C.albicans* и это сопровождается её более тяжелым течением [9,10].

Колонизация кожи в этой возрастной группе может быть случайной и определяться в основном тем, какой организм попал на неё первым. Большинство исследований микрофлоры кожи проводилось в больничных условиях, где могут встречаться редкие виды и условно-

патогенные. Попадая на кожу новорожденных, они могут становиться резидентными по крайней мере на короткое время. Исследования, проведенные [14], позволяют предположить, что колонизация кожи является более сложной экологической проблемой, чем предполагалось ранее. Результаты исследований [14] заставляют думать о том, что колонизация кожи некоторыми специфическими микроорганизмами необходима, прежде чем свободное место будет занято другими. Подобная экологическая последовательность наблюдается во многих отраслях биологии, поэтому представляется, что она может быть конструктивной в отношении понимания вопроса колонизации кожи.

### Литература

1. Нобл У.К. Микробиология кожи человека: Пер. с англ. - М., Медицина, 1986. – 496 с.
2. Evans C.A., Mattern K.L. The bacterial flora of the antecubital fossa: the efficacy of alcohol disinfection at this site, the palm and the forehead. – *Journal of Investigative Dermatology*, 1980, 75, 45
3. Somerville Dorothy A. A taxonomic scheme for aerobic diphtheroids from human skin. *Journal of Medical Microbiology*, 1973, 6, 323
4. Шабалов Н.П. Неонатология. -М.: «Медпресс-информ», 20014.-С. 128-129.
5. Энтерококковое носительство и антибиотикорезистентность в отделении выхаживания недоношенных новорожденных / Дехнич А.В., Кречикова О.И., Туркова Л.И., Страчунский Л.С. // *Клинич. микробиол. и антимикроб. химиотерапия*. — 2011. — № 1.— С. 28 - 38.
6. Baird-Parker A.C. A classification of micrococci and staphylococci based on physiological and biochemical tests. – *Journal of General Microbiology*, 2018, 30, 409
7. Domenguez E., Zarazaga, Torres C. Antibiotic resistance in *Staphylococcus* isolates obtained from fecal samples of healthy children// *J of clinical of microbiology*. – 2002. – V.40. - N7. – P. 2638-2641.
8. Lindberg E, Adlerberth I, Hesselmar B, Saalman R, Strannegard IL, Aberg N, Wold AE. High rate of transfer of *Staphylococcus aureus* from parental skin to infant gut flora. *J Clin Microbiol*. 2004;42:530–4.
9. Monsen T., Abd H., Leonardsson K. Prediction of mecS-positive coagulase-negative staphylococci: assessment of different phenotypic methods, breakpoints, culture media and culture conditions // *J. of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2002. - №49. – P.197-200.
10. John Harper , Arnold P. Oranje, Neil S. Prose. *Textbook of Pediatric Dermatology*, Wiley-Blackwell, 2006: 2251p.
11. Mardh P.A. The vaginal ecosystem // *Am. Obstet. Gynecol.* – 2018. – V. 165. – P. 1163-1168.
12. Суворов А.Н., Савичева А.М., Глушанова А.В., Оганян К.А., Грабовская К.Б., Алайцева О.В., Зацюрская С.Л., Ферретти Д., Аржанова О.Н.// *Журнал акушерства и женских болезней*. 2005. Т. LIV. № 2. С. 50-55.
13. Суворов А.Н., Савичева А.М., Глушанова А.В., Оганян К.А., Грабовская К.Б., Алайцева О.В., Зацюрская С.Л., Ферретти Д., Аржанова О.Н.// *Журнал акушерства и женских болезней*. 2005. Т. LIV. № 2. С. 50-55.
14. Tomoda T., Nakano Y., Kageyama T. Intestinal *Candida* overgrowth and *Candida* infection in patients with leukemia: effect of *Bifidobacterium* administration. *Bifidobacteria Microflora* 2018; 7:71-74.

## Түйін

**Күрманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А., Рысбекова Н.М.**

Оңтүстік –Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы.

### **НӘРЕСТЕ ТЕРІСІНІҢ КОЛОНИЗАЦИЯСЫ (Әдебиетке шолу)**

Мақалада әдебиетке шолу ретінде нәрестелердің тері биоцинозы қарастырылған. Мақалада тері колонизациясы бойынша зерттеушілердің мәліметтері берілген. Тексеру барысында терінің 5 аймағынан бас, күрекше, қолтықасты, кіндік және шат аймақтары терсінен жұғындылар алынған. Тексеру нәтижесі бойынша микрофлора стафилококктардан, коринебактериялардан, энтеробак-терия және стрептококктардан, *S.epidermidis* тұратындығы анықталған *Pseudomonas aeruginosa* тасымалдаушысы жиі уақытан алдын туылған нәрестелерде анықталған және сонымен қатар *S.aureus*, гемолитическалық емес стрептококктар, уақтысында туылған нәрестелерде аз кездесетіндігі анықталған.

**Кілт сөздері:** стафилококк, коринебактерия, энтеробактерия, колонизация.

## Summary

**Kurmanbekova. Sh.Zh., Dzhakupova.Zh.E., Kadyrbayeva.B.Sh, Abdramanova A.A, Rysbekova.N.M**

South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, The Republic of Kazakhstan

### **COLONISATION OF NEWBORNS SKIN (Literature review)**

This article provides a literature review of colonization of newborns: the opinions of various scientists on the colonization of the skin of children after birth and an analysis of their research on this topic. In one study, small contact plates were used and five areas of the skin were examined: the head, the area of the shoulder blades, the axillary fossa, the area around the navel and the inguinal folds. According to the results of this study, it was found that the microflora consisted of staphylococci, corynebacteria, enterobacteria and streptococci, *S.epidermidis*, and *Pseudomonas aeruginosa* carriage. The above bacteria species, including *S.aureus*, were more often detected in prematurely born newborns, while non-hemolytic streptococci were less common than in those born on time. The dominant microorganisms in all skin areas are coagulase-negative cocci.

**Key words:** staphylococci, corynebacteria, enterobacteria, colonization.

### **Сведения об авторах:**

1.Курманбекова Шырынкул Жумашовна- старший преподаватель, кафедры «Микробиологии» Южно-Казакстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казакстан, э/адрес: [shirin.akadem@mail.ru](mailto:shirin.akadem@mail.ru)

2.Джакупова Жанат Ериковна - старший преподаватель, кафедры «Микробиологии» Южно-Казакстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казакстан, э/адрес: [zhanna.dzhakupova@inbox.ru](mailto:zhanna.dzhakupova@inbox.ru)

3.Кадырбаева Бану Шамбиловна - преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казакстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казакстан, э/адрес: [banu.kadyrbayeva@gmail.com](mailto:banu.kadyrbayeva@gmail.com)

4. Абдраманова Айгерим Асылхановна – старший преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [aigera\\_0@mail.ru](mailto:aigera_0@mail.ru)

5. Рысбекова Нурила Мылтыкбаевна - преподаватель кафедры «Микробиологии» Южно-Казахстанской медицинской академии, город Шымкент, Республика Казахстан, э/адрес: [dr.metiska@mail.ru](mailto:dr.metiska@mail.ru)

**СО Д Е Р Ж А Н И Е**

<p><b>«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЖӘНЕ СЕРІКТЕС ЕЛДЕРДІҢ ЖОО-ларында СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ ДАМУДЫҢ ЖАҒДАЙЫ МЕН КЕЛЕШЕГІ» ТАҚЫРЫБЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ ЖИНАҒЫ</b></p> <p><b>14-15 ақпан 2020 жыл, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы</b></p> <p><b>МАТЕРИАЛЫ</b></p> <p><b>МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ВУЗАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И В СТРАНАХ-ПАРТНЕРОВ»</b></p> <p><b>14-15 февраля 2020 года, город Шымкент, Республика Казахстан</b></p>	
<p>Рахматова Д.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ</p>	3
<p>Шокиров Ш.Т., Мукимов И.И., Агабева Ю. Г. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИМАКСИЛЛЯРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА</p>	8
<p>Мухамедова З.М., Умирзакова Н.А., Сатарова Д.Г., Худайбергенова П.Т. ЦЕННОСТНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СЕМИНАРОВ-ТРЕНИНГОВ, ПРОВОДИМЫХ НА ЭТАПЕ ДО ДИПЛОМНОЙ И ПОСТДИПЛОМНОЙ БИОЭТИЧЕСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГАМИ ТГСИ В КОНТЕКСТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ</p>	15
<p>Мухамедова З.М., Бабаджанов Ж.Б. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА: ПРОБЛЕМЫ, ДИЛЕММЫ, ЦЕННОСТИ</p>	22
<p>Мухамедова З. М., Умирзакова Н.А., Асан А.А. БИОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФИЛОСОФСКО-РЕЛИГИОЗНОЙ ТРАДИЦИИ В МУСУЛЬМАНСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p>	27
<p>А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров «ҚҰРАМЫНДА МИЯ ТАМЫРЫНЫҢ ФИТОПРЕПАРАТЫ БАР «НОВАЯ ЖЕМЧИЖУНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ МАЙЛАРДЫҢ АСҚЫН ТОТЫҒЫНЫҢ ҮРДІСІНІҢ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ</p>	32
<p>А.Б. Шокпаров<sup>1</sup>, К.Е. Ахмадиева<sup>1</sup>, Н.Ж. Орманов<sup>1</sup>, Т.Н. Орманов,<sup>2</sup> Н.С. Кудияров<sup>1</sup> БАЛАЛАРЫНЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА «ЖЕМЧУЖИНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ СТАТУСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ</p>	39
<p>А.Б. Шокпаров, К.Е. Ахмадиева, Н.Ж. Орманов, Н.С. Кудияров, А.У. Амангелді ҚҰРАМЫНДА МИЯ ТАМЫРЫНЫҢ ФИТОПРЕПАРАТЫ БАР «НОВАЯ ЖЕМЧУЖИНА» АТТЫ ТІСТІК ПАСТАНЫҢ СІЛЕКЕЙДІҢ АНТИОКСИДАНТТЫ ЖҮЙЕСІНІҢ ҮРДІСТЕРІНЕ ӘСЕРІ</p>	45
<p><b>К Л И Н И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А</b></p>	51
<p>М.М. Сахипов</p>	

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ: ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ	
Г.М. Еликбаев, М.М. Сахипов ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	61
<b>ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b>  Күрманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А., Рысбекова Н.М. МИКРОФЛОРА БИОТОПА КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ: КОНЦЕПЦИЯ ПОСТОЯННОЙ И ТРАНЗИТНОЙ ФЛОРЫ (Литературный обзор)	66
Күрманбекова Ш.Ж., Джакупова Ж.Е., Кадырбаева Б.Ш., Абдраманова А.А., Рысбекова Н.М. КОЛОНИЗАЦИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ (Литературный обзор)	71